

БО

АТ

АБ

ИА

БЯ

В.М. БАЛЕЙХЕР

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ  
ИССЛЕДОВАНИЕ  
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

ТР

КЯЯВЪ

ИБМВ

ВПАЮ

ЛЯОТ

ЯАВЛ

БВЮ

ЯЯБТ

ТБЯЭ



附錄二：附錄二：附錄二



В. М. БЛЕЙХЕР

# ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Блейхер В. М.  
Экспериментально-психологическое исследование психически  
больных. Т. «Медицина», 1970.  
146 с. ил., табл.

ТАШКЕНТ—1971

2-3-12  
37-78



В книге излагаются основные принципы экспериментально-психологического исследования психически больных, описываются наиболее часто употребляющиеся для этого экспериментально-психологические методики, сообщаются сведения об особенностях, обнаруживаемых при исследовании больных шизофренией, олигофренией, эпилепсией, церебральным атеросклерозом, старческими психозами. Указано значение результатов исследования для решения дифференциально-диагностических вопросов и в практике психиатрической экспертизы. В приложении приведены образцы необходимых для исследования таблиц и бланков.

Книга предназначена для практических врачей-психиатров, невропатологов, нейрохирургов, для психологов, работающих в патопсихологических лабораториях психиатрических больниц, а также может служить учебным пособием для студентов, изучающих психиатрию и медицинскую психологию.

617.9  
Б 68

Блейхер В. М.

Экспериментально-психологическое исследование психически больных. Т., «Медицина», 1970.  
176 с. с илл., табл.

Б-3-12  
37—70

1761—ПСИХИАТ 617.9

Пс  
разви  
будуч  
психол  
предос  
психич  
распа  
О  
для и  
И. М.  
начало  
основ  
исслед  
лял з  
психол  
полам  
ходим  
шей н  
На  
ничны  
цинско  
логия  
ности  
близк  
служи  
ся пре  
ловно  
В п  
экспер  
перим  
Психо



## О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение . . . . .	3
Глава I. Методики экспериментально-психологического исследования . . . . .	16
Корректирующая проба . . . . .	16
Счет по Крепелину . . . . .	17
Отсчитывание . . . . .	17
Отыскивание чисел по таблицам Шульте . . . . .	18
Пробы на переключение . . . . .	19
Пробы на запоминание . . . . .	22
Складывание картинок из отрезков . . . . .	25
Буквенный эксперимент . . . . .	25
Понимание рассказов . . . . .	26
Понимание сюжетных картин . . . . .	27
Установление последовательности событий . . . . .	28
Классификация . . . . .	30
Исключение . . . . .	31
Выделение существенных признаков . . . . .	33
Образование аналогий . . . . .	34
Выделение закономерностей . . . . .	36
Определение и сравнение понятий . . . . .	37
Формирование искусственных понятий . . . . .	39
Понимание переносного смысла пословиц и метафор . . . . .	41
Называние 50 слов . . . . .	43



Пиктограммы . . . . .	44
Словесный эксперимент . . . . .	45
Подбор слов-антонимов . . . . .	47
Исследование уровня притязаний . . . . .	48
Исследование речи . . . . .	50
Исследование оптического гнозиса . . . . .	56
Исследование праксиса . . . . .	57
Глава II. Экспериментально-психологические исследования при	
некоторых психических заболеваниях . . . . .	59
Шизофрения . . . . .	59
Олигофрения . . . . .	71
Эпилепсия . . . . .	79
Церебральный атеросклероз . . . . .	93
Старческое слабоумие . . . . .	106
Болезнь Альцгеймера . . . . .	115
Литература . . . . .	129
Приложение . . . . .	135

---



*Светлой памяти отца, погибшего  
на фронте Великой Отечественной  
войны, посвящаю.*

## ВВЕДЕНИЕ

Психология и психиатрия — близкие науки, в своем развитии взаимно обогащающие друг друга. Психиатрия, будучи клинической наукой, использует достижения психологии. В то же время психиатрия (психопатология) предоставляет психологам материал для исследования психической деятельности не только в развитии, но и в распаде, при многообразных ее нарушениях.

О значении психологии для медицины, в частности для изучения деятельности головного мозга, писали И. М. Сеченов и И. П. Павлов. И. М. Сеченов положил начало материалистической разработке физиологических основ психологии в России, наметил пути объективного исследования психической деятельности и при этом уделял значительное внимание роли экспериментально-психологического метода исследования. И. П. Павлов, полемизируя с психологами-идеалистами, показал необходимость тесной связи психологии с физиологией высшей нервной деятельности.

На стыке медицины и психологии возник ряд пограничных отраслей знаний, объединяемых понятием медицинской психологии. Одной из них является патопсихология, изучающая расстройства психической деятельности психологическими методами. К патопсихологии близка и нейропсихология, объектом изучения которой служат неврологические заболевания, характеризующиеся преимущественно локальноочаговым поражением головного мозга.

В патопсихологии выделяется такая ее область, как экспериментальная патопсихология, использующая экспериментально-психологические методы исследования. Психологический эксперимент существенно отличается



от других видов эксперимента, например, в физиологии, биохимии, микробиологии. Психологический эксперимент — это искусственное создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека. Для него характерно вызывание психических процессов в строго определенных, учитываемых исследователем условиях и возможность изменения течения этих процессов по заранее намеченному плану.

Можно выделить два вида экспериментально-психологических исследований. Первый характеризуется направленностью на решение сугубо теоретических вопросов, второй призван решать вопросы клинико-практического значения. А. Р. Лурия (1962) указывает существенную разницу между этими видами исследования: при решении определенной теоретической проблемы психолог выделяет и ставит в центре своего внимания какой-либо один процесс, изучаемый им в специально созданных условиях (при этом исследователь отвлекается от других процессов). Примером такого исследования может служить изучение памяти при церебральном атеросклерозе, опознания зрительных образов больными шизофренией и т. п.

При клинико-психологическом исследовании больного, проводимом с диагностической или экспертной целью, обследующий не выделяет заранее какой-либо один процесс в качестве основного объекта изучения. Уже в процессе исследования он выделяет те или иные нарушения психической деятельности, требующие особого внимания и изучения и, ориентируясь на них, проводит опыт в дальнейшем. Кроме того, разница этих двух видов исследования, по А. Р. Лурия, заключается в сроках их проведения. Если эксперимент, преследующий сугубо теоретическую, исследовательскую цель, может длиться большое время и состоять из многочисленной серии опытов, то клинико-психологическое исследование, имеющее в первую очередь практическое значение, обычно сводится к двум-трем сеансам длительностью до часа. Особенно лимитирована продолжительность исследования больных с органическими заболеваниями головного мозга, обнаруживающих повышенную истощаемость.

Экспериментально-психологическое исследование является составной частью клинико-психопатологического исследования.



В психиатрической клинике экспериментально-психологическое исследование преследует следующие цели:

1. Получение данных, необходимых для диагностики. Они носят вспомогательный характер, и ценность их обнаруживается лишь в сопоставлении с данными клинического наблюдения и в ряде случаев с результатами других исследований (пневмоэнцефалография, электроэнцефалография). Нередко экспериментально-психологическое исследование способствует раннему выявлению симптомов заболевания и устанавливает их своеобразие. В этих случаях благодаря экспериментально-психологическому исследованию становится возможной более ранняя диагностика психического заболевания. Это особенно относится к случаям, если необходимо дифференцировать сосудистую, опухолевую или атрофическую природу органического поражения головного мозга, при этом существенную помощь оказывают исследования речи, гнозиса и праксиса.

2. Получение объективного показателя течения болезни путем многократно проводимых в процессе лечения экспериментально-психологических исследований, свидетельствующих об эффективности проводимой терапии, а также характеризующих особенности наступления ремиссии и структуру отмечающегося при этом психического дефекта. Другими словами изучаются особенности механизма воздействия лечебного средства на психоз. Такого рода исследование свидетельствует не только об эффективности лечебного средства, но и о характере его воздействия, например, является ли это средство симптоматическим или патогенетическим.

3. Изучение характера психического дефекта, степени его выраженности, обратимости может быть использовано для решения вопросов психиатрической экспертизы — судебной, военной и трудовой.

Психологические исследования проводятся для анализа еще недостаточно изученных психопатологических проявлений тех или иных психических заболеваний.

Для проведения экспериментально-психологического исследования необходимо выполнение ряда условий.

Желательно проводить исследование в обстановке специальной лаборатории. Комната лаборатории должна отвечать оптимальным гигиеническим требованиям: быть изолированной от шума, хорошо (но не слишком ярко)



освещена, снабженной лишь необходимой мебелью и оборудованием. В лаборатории не должно быть ничего лишнего, что бы отвлекало внимание обследуемого. Обои или окраска стен не должны быть яркими.

Повторные исследования следует производить в этом же помещении: этим обеспечивается постоянство условий.

Одним из условий успешного проведения исследования является состояние обследуемого. Перед исследованием необходимо убедиться в отсутствии каких-либо интеркуррентных соматических заболеваний. Нежелательно проведение исследования после бессонной ночи, физического переутомления, при чувстве голода или, наоборот, непосредственно после еды. Повторные исследования желательно производить в то же время, что и первичные.

Еще более существенно психическое состояние обследуемого перед проведением исследования. В данном случае следует учитывать отношение обследуемого к факту исследования его психической деятельности. Понятно, что выполнение заданий в психологическом эксперименте будет зависеть в значительной степени от установки обследуемого. Так, обследуемый, диссимилирующий свою болезненную симптоматику, будет стараться как можно лучше выполнить задания. Другое дело при аггравации.

Мы привели только два полярно противоположных примера различного поведения обследуемого, тогда как существует множество особенностей его психического состояния, накладывающих свой отпечаток на результаты исследования. Больной может быть взволнован предшествовавшим исследованием свиданием с близкими, ссорой с соседом по палате, недоволен тем, что для исследования он должен был оставить какое-то приятное ему занятие и т. д. Для того чтобы избежать артефактов исследования, привносимых недостаточной оценкой психического состояния, обследующий должен охарактеризовать его (отметив это в протоколе опыта) и сравнить это состояние больного с данными истории болезни, выявляя их соответствие или диссонанс. Существенно для этого и повторное проведение исследования, позволяющее сравнить состояние больного в разные дни и получаемые при этом результаты.



Перед началом исследования следует уточнить поставленную перед обследующим задачу и построить предположительный план эксперимента. То обстоятельство, что патопсихологическое исследование является одним из компонентов клинического обследования больного, делает необходимой компетентность обследующего в вопросах психиатрии и психологии. Либо это психиатр, знакомый с основными положениями общей психологии и изучивший патопсихологию, либо это психолог, овладевший психиатрическими знаниями.

Исследованию предшествует детальное ознакомление с историей болезни, что позволяет обследующему уточнить поставленную перед ним клиницистами задачу и наметить предварительный план исследования — выбор методик, очередность их применения. Исследованию с помощью методик обычно предшествует беседа с больным. Ее можно начать с уточнения паспортных данных, а затем перейти к выяснению состояния сознания больного, памяти, внимания. Определяется ориентировка его во времени, месте и собственной личности, как хорошо помнит он даты собственной жизни и исторические. Обязательно следует выяснить, если предполагаются амнестические расстройства, как сам больной оценивает свою память. В беседе определяется наличие или отсутствие осознания болезни, позиция больного к помещению в психиатрическую больницу и к проведению патопсихологического исследования. Иногда беседа с больным существенно влияет на ход дальнейшего исследования, придает ему специальную направленность. В беседе с больным выясняются и особенности его личности до заболевания, его культурный и образовательный уровень.

Лишь после беседы переходят к самому исследованию. Выполнению задания по каждой методике предшествует инструкция обследующего. Инструкция должна быть точно сформулирована, совершенно исключается возможность ее двоякого понимания. При необходимости инструкция может содержать элементы подсказки, облегчающие выполнение задания. Только убедившись в том, что инструкция понята больным, можно приступать к самому исследованию. Существует множество экспе-



риментально-психологических методик\*, и, разумеется, нет смысла их все применять для исследования одного больного. Обычно ограничиваются серией из 6 — 10 методик. Однако обследующий должен владеть как можно большим количеством методик и их вариантов. Это позволяет получить более достоверные результаты при исследовании. Большинство экспериментально-психологических методик обладает относительно широким диапазоном. Нельзя ограниченно исследовать только память, внимание или мышление. Примером этого может служить методика пиктограмм — наряду с опосредованным запоминанием исследование этой методикой выявляет особенности течения ассоциативного процесса, эмоциональности. С другой стороны, существуют группы методик, имеющие общую направленность, — особенности течения ассоциаций обнаруживаются при исследовании методиками классификации, исключения, в ассоциативном эксперименте и пиктограммах.

Один и тот же психический дефект обнаруживается при исследовании различных проявлений психической деятельности обследуемого. Так, эмоциональное уплощение может выступить при исследовании столь различными методиками, как проба на запоминание, пиктограммы, определение уровня притязаний. Истощаемость определяется при исследовании таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе, при образовании аналогий и т. д.

Таким образом, имеются два принципа подбора экспериментально-психологических методик. Это, во-первых, сочетание методик, позволяющее более полно и всесторонне исследовать какие-либо проявления психической деятельности, например, при исследовании памяти — пробы на заучивание искусственных звукосочетаний, слов и пар слов (ассоциативная память). Во-вторых, сочетание близких по направленности методик, позволяющее судить о достоверности, надежности полученных данных. Желательно подтверждение данных, получаемых при исследовании одной методикой, результатами применения других патопсихологических методов.

---

\* С. Я. Рубинштейн. Методики экспериментальной патопсихологии. М., 1962. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М., 1970.



В выборе методик экспериментально-психологического исследования могут играть существенную роль и следующие обстоятельства:

1. Цель исследования — дифференциальная диагностика (в зависимости от предполагаемых заболеваний), определение глубины психического дефекта, изучение эффективности терапии. Там, где предполагается шизофренический процесс, методики исследования оказываются другими, чем при исследовании больного эпилепсией с целью установления выраженности интеллектуально-мнестических расстройств. Для многократных исследований в ходе лечения избираются методики, располагающие значительным количеством равных по трудности вариантов заданий.

2. Образование больного и его жизненный опыт; например, обследуемому с начальным образованием не стоит давать задания по методике образования сложных аналогий.

3. Особенности контакта с больным. Так, нередко приходится обследовать больных с нарушением деятельности слухового или зрительного анализатора. Соответственно при глухоте максимально используются задания, отличающиеся зрительным восприятием. Даже в пробе на запоминание слова не зачитываются, а предъявляются в письменном виде. При плохом зрении, наоборот, все методики варьируются для слухового восприятия.

В процессе исследования методики обычно располагают по возрастающей сложности — от более простых к сложным. Исключение составляет исследование лиц, от которых ожидают аггравации или симуляции. В этих случаях иногда более трудные задания выполняются правильно, а следующие за ними относительно более простые решаются нарочито неверно. Эта же особенность характерна и для состояний псевдодеменции, когда успешно выполняются более сложные задания и нелепо — простые (А. М. Шуберт, 1957).

Большинство экспериментально-психологических методик отличается простотою. Изготовление необходимых для их проведения вспомогательных таблиц крайне не сложно. Как указывал в свое время Binet, для проведения экспериментально-психологического исследования требуется лишь перо, немного бумаги и много терпения.



Подтверждением этого может служить исследование такими психологическими методиками, как исключение (словесное), пиктограммы, образование аналогий, числовой ряд. Однако в словах Binet содержится указание и на такое неотъемлемое условие проведения эксперимента, как тщательное протоколирование. В протокол опыта записываются все суждения больного, а также слова обследуемого в процессе исследования. Иногда, просматривая после исследования протокол, можно найти в нем указания на своеобразные изменения мышления, которые прошли незамеченными во время самого исследования. Особенно важно точно регистрировать рассуждения обследуемого по поводу решения предложенных ему заданий. Мотивировка решений дает больше материала для выводов, чем одна лишь регистрация. Ведение протокола, кроме того, позволяет иллюстрировать заключение обследуемого конкретными фактами и впоследствии проводить обобщения, анализируя данные исследований групп больных.

Обычно экспериментально-психологические исследования психически больных производятся без какой-либо сложной аппаратуры, и это существенно уменьшает ту искусственность, которая возникает при применении в лаборатории специального оборудования, сложных устройств, и приближает исследование к естественному эксперименту. По определению А. Ф. Лазурского (1925), естественный эксперимент — это «попытка совместить произвольное вмешательство в психическую жизнь человека (являющееся характерным признаком всякого эксперимента) с сравнительно простой и естественной обстановкой опыта» («Психология общая и экспериментальная», Л., 1925, стр. 43).

В процессе опыта обследующий должен сохранять невозмутимость. Допускаемые больным ошибочные суждения могут анализироваться в беседе с ним, однако, при этом сохраняется бесстрастный тон. Иногда обследующий помогает больному выполнить задание — наводящими вопросами, подсказыванием, одобрением или неодобрением отдельных его суждений, показом решения аналогичных заданий. При этом представляет интерес эффективность помощи, возможность коррекции допущенных ошибочных суждений.

В процессе экспериментально-психологического ис-



следования между обследующим и обследуемым создаются определенные отношения, которые могут играть существенную роль в проведении психотерапии, способствовать выбору методики психотерапии, в известной мере определять методические принципы построения психотерапевтической беседы. Сама ситуация экспериментально-психологического исследования может иметь психотерапевтическое значение, способствуя улучшению контакта врача с больным. Контакт этот, как известно, зависит от ряда факторов. Существенное значение имеет форма болезни — при некоторых психических заболеваниях психотерапевтический контакт практически невозможен. При заболеваниях, обусловленных органическим поражением головного мозга, контакт становится невозможным на определенных стадиях. Экспериментально-психологические исследования могут способствовать определению возможности налаживания контакта.

В качестве примера приведем церебральный атеросклероз. В начальной стадии болезни, когда в эксперименте выявляются еще незначительные расстройства памяти (страдает произвольная репродукция), явления повышенной истощаемости по гиперстеническому типу и связанные с ними нарушения последовательности суждений, контакт налаживается хорошо и психотерапия оказывается достаточно эффективной. Иное дело в стадии выраженной атеросклеротической энцефалопатии. В данном случае в эксперименте мы встречаемся с существенными расстройствами памяти, с гипостеническим типом истощаемости и стойким снижением уровня процессов обобщения и отвлечения. В этих состояниях психотерапия малоэффективна.

При так называемой рациональной психотерапии форма построения беседы в большой мере определяется уровнем процессов обобщения и отвлечения у больного. При его снижении психотерапевтическое воздействие должно содержать возможно больше наглядного материала, строиться в большей мере на конкретных примерах. Высокая же дифференцированность интеллектуальных процессов больного позволяет в процессе психотерапии оперировать более сложными и абстрактными категориями. Словесная формула, разрабатываемая для внушения в гипнозе, также должна строиться с учетом уровня психической деятельности больного.



Экспериментально-психологическое исследование в известной мере способствует учету возможности эмоционального последствия результатов психотерапии. Представляет интерес отношение обследуемого к ситуации эксперимента, характер признания им допущенных ошибок, способ их исправления. Особенности личности больного, его эмоциональности обнаруживаются при исследовании специальными методиками. Так, например, методикой пиктограмм обнаруживаются либо выхолощенные, лишенные адекватной эмоциональной насыщенности ассоциации шизофреника, либо образные, яркосценические ассоциации истеричных, либо колебания и тревожная неуверенность психастеника.

Следует учитывать возможность ятрогении в процессе экспериментально-психологического исследования. Психологический эксперимент должен быть щадящим, так как больные без грубых расстройств мышления оценивают исследование как проверку их интеллектуально-мнестических возможностей. Сам по себе психологический эксперимент при необходимости может использоваться для психотерапевтической работы. Для этого экспериментатор избегает усложнения заданий в последующих исследованиях. Так, например, если больной, страдающий церебросклеротической астенией, обнаруживает затруднения в пробах на запоминание, ему предлагаются пробы на ассоциативную память, как известно, более длительное время остающуюся сохранной. Или, установив правильность образования больным аналогий, можно дать ему еще раз задание, где аналогии построены по тому же принципу, при этом усиливается вера больного в свои возможности. При повторных исследованиях в процессе лечения, уже при наличии клинических признаков улучшения состояния больного, можно постепенно усложнять задания. Установление параллелизма между улучшением самочувствия больного, положительными сдвигами «внутренней картины» болезни и объективно регистрируемой в лаборатории нормализацией показателей психической деятельности способствует повышению психического тонуса больных и их уверенности в выздоровлении.

Весьма важным и нередко очень трудным представляется заключительный этап экспериментально-психологического исследования — подготовка заключения, ко-



торое должно отражать качественные особенности течения психических процессов у обследуемого. При этом представляют особенное значение не столько данные, полученные при исследовании отдельными методиками, сколько умение обобщить их, выделить основные нарушения.

В заключение нельзя ограничиться перечнем применявшихся в процессе исследования методик и регистрацией факта выполнения или невыполнения обследуемым предложенных ему заданий. На основе анализа данных эксперимента необходимо выделить ведущие патопсихологические особенности, аналогично тому, как психиатр на одном из этапов врачебного мышления вычленяет в клинической картине заболевания доминирующий синдром. И патопсихолог ищет в структуре психического дефекта обследуемого своего рода патопсихологический «синдром». В большинстве случаев при исследовании психически больных на первый план выступают расстройства мышления, в оценке которых обращается внимание на характеристику процессов обобщения и отвлечения, логического строя мышления, его целенаправленности и критичности. В связи с этим следует подчеркнуть огромное значение предложенной Б. В. Зейгарник (1958, 1969) систематики расстройств мышления в патопсихологическом аспекте. Согласно этой систематике, различаются следующие нарушения:

— операционной стороны мышления (процесса обобщения и отвлечения):

снижение уровня обобщения,  
искажение процесса обобщения,  
— динамики мыслительной деятельности (логического строя мышления):

лабильность мышления («скачка идей»),  
инертность («вязкость») мышления,  
непоследовательность суждений,  
— нарушение целенаправленности мышления:

«разноплановость» мышления,  
резонерство,  
нарушение критичности мышления.

Определение обследующим в результате опыта одного из указанных видов расстройств мышления в заключении должно быть достаточно аргументировано экспериментальными данными. Указываются обнаруженные



при исследовании особенности памяти, внимания обследуемого, темп его сенсомоторных реакций, отсутствие или наличие признаков повышенной истощаемости, характер эмоционально-личностных проявлений.

Все это в целом создает более или менее полную картину структуры особенностей психической деятельности обследуемого, правильная квалификация которой облегчает наметку в заключении диагностических предположений. Последние не должны быть категоричными, так как психологический эксперимент является вспомогательным в клиническом исследовании психически больного — данные патопсихологического исследования существенно дополняют характеристику психического статуса больного, служат почвой для углубленного клинического анализа.

Характер заключения зависит и от поставленной перед исследователем задачи. Так, при повторяемых в процессе лечения больного исследованиях основное внимание уделяется сравнению обнаруживаемых результатов. Обследуя больного с соматогенной астенией повторно, мы обращаем особое внимание на выраженность у него по мере лечения явлений повышенной истощаемости. Иная задача ставится перед патопсихологом судебно-психиатрической экспертизой. Например, требуется определить уровень обобщения и отвлечения у обследуемого, а при его недостаточности — степень выраженности интеллектуального снижения. Ответы на эти вопросы и должно содержать заключение.

Резюмируя, следует указать основные принципы построения экспериментально-психологического исследования в психиатрической клинике (Б. В. Зейгарник, 1965).

1. Психологический эксперимент является своеобразной функциональной пробой, в процессе которой исследуются специфические функции мозга человека. Цель исследования — выявление конкретных, определенных форм нарушений познавательной деятельности — мышления, восприятия и т. п.

2. Специфика психиатрической клиники и обусловленные этим задачи исследования требуют качественной характеристики особенностей психической деятельности больных. Важны не только трудность задания и количество допущенных обследуемым ошибок, но и ход рас-



суждений больного и мотивация им ошибочных суждений.

3. Получаемые в процессе экспериментально-психологического исследования результаты должны быть достаточно объективными: они тщательно регистрируются и проверяются в повторных опытах, а также при исследовании другими методиками.



## Глава I

# МЕТОДИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

### КОРРЕКТУРНАЯ ПРОБА

Эта методика направлена на исследование внимания — выявляется способность к концентрации его, устойчивость.

Исследование производится при помощи специальных бланков (приложение I) с рядами букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв (выбор их определяется обследующим). При этом каждые 30 или 60 сек. обследующим делается отметка в том месте таблицы, где в это время находится карандаш больного. Регистрируется также время, затраченное обследуемым на выполнение всего задания.

Проверка производится по заранее тщательно подготовленному образцу путем сопоставления. Отмечается количество ошибок и темп выполнения задания. Существенное значение имеет распределение ошибок в течение опыта: равномерно ли они встречаются или наблюдаются преимущественно в конце исследования. Учитывается характер ошибок — пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других, расположенных рядом или внешне похожих букв. В ряде случаев целесообразно повторное исследование. Изменение результатов при этом может свидетельствовать не только об изменении состояния больного, но и об особенностях отношения больного к исследованию. В то же время при органической церебральной патологии обследуемому часто не удается улучшить выполнение задания.

Обычно здоровые обследуемые выполняют задание (вычеркивают две буквы на всем бланке) за 6—8 мин. и допускают при этом не более 15 ошибок.



## СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ

Методика была предложена Э. Крепелиным (1917) для исследования работоспособности — упражняемости и утомляемости. В большой столбец записывалось много однозначных чисел, которые обследуемый должен был складывать в уме. Результаты оценивались по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных при этом ошибок.

Мы пользуемся этой методикой в модификации Р. Шульте (1926) — обследуемый производит сложение в столбцах, состоящих лишь из двух цифр. Для уменьшения затраты времени на выполнение задания Шульте предложил при получении в сумме двузначного числа записывать только единицы, отбрасывая десяток, например,

3	7	5	8	4	6
2	4	2	2	3	8
5	1	7	0	7	4 и т. д.

Однако это затрудняет для некоторых больных выполнение задания и поэтому не является обязательным условием.

Для проведения необходим специальный бланк (приложение II). Если отсутствуют бланки, отпечатанные типографским способом, то их печатают на пишущей машинке (обязательно четко, желательно использовать первый или второй экземпляры). Больному дают инструкцию — производить сложение чисел в столбцах и предупреждают, что обследующий будет делать пометки. Через каждые 30 сек. или 1 мин. обследующий делает отметку в том месте, где в это время остановился больной. Затем подсчитывают количество сложений и допущенных ошибок для каждого отрезка времени. В результате можно получить (с помощью графической интерпретации) данные работоспособности, которые отражают равномерность и темп выполнения задания, выявляют наличие истощаемости, вработываемости, расстройств внимания.

## ОТСЧИТЫВАНИЕ

Методика была предложена Э. Крепелиным. При исследовании ею обнаруживаются возможность осуществ-



вления обследуемым счетных операций и состояние внимания.

Исследование заключается в отсчитывании от 100 или 200 все время одного и того же числа. Обследуемого предупреждают, что считать он должен про себя, а вслух только называть полученное при очередном вычитании число. В промежутках между числами обследующий равномерно ставит точки (приблизительный хронометраж). Можно фиксировать длительность пауз секундомером. Запись опыта приобретает следующий вид:

(100—7).. 93... 86.. 79.72... 65.. 58.51.. 44..37. 30. 23. 16. 9. 2

При наличии повышенной истощаемости длительность пауз в конце, несмотря на то, что задание становится более легким, увеличивается.

Возможны два вида ошибок: 1) в единицах и главным образом при переходе через десяток, что свидетельствует о некоторой интеллектуальной недостаточности. Например,

(100 — 7)..93... ..85.....78...71....64....58 и т. д.;

2) в десятках, что характерно главным образом для больных с неустойчивым вниманием. Например,

93... 86... 69.. 62.... 55.. 38 и т. д.

При выраженном слабоумии с недостаточностью критики (например, при прогрессивном параличе) отсчитывание производится вопреки инструкции — вместо 7 вычитается 10, вместо 17 — 20. Причем эти ошибки не всегда удается корригировать.

При ошибочном выполнении задания можно указать больному на допущенную ошибку или, доведя опыт до конца, повторить его сначала.

### ОТЫСКИВАНИЕ ЧИСЕЛ ПО ТАБЛИЦАМ ШУЛЬТЕ

Методика применяется для определения темпа сенсомоторных реакций, особенности внимания.

Исследование производят с помощью специальных таблиц (приложение III), изготовление которых несложно. На этих таблицах в беспорядке расположены числа от 1 до 25. Обследуемому дается инструкция — отыскать числа по порядку, каждое показать указкой и назвать вслух. Секундомером отмечается время, которое затрачивается на каждую таблицу. Можно отмечать количест-



во чисел, найденных обследуемым за каждые 30 сек., или время, затрачиваемое на поиски каждых 5 чисел. Такая регистрация данных опыта позволяет более точно судить об изменениях психического темпа в процессе исследования.

Для оценки результатов сравнивают время, затрачиваемое обследуемым на каждую таблицу. Существенное значение имеет установление равномерности темпа выполнения задания. Если же поиски чисел ведутся неравномерно, то следует определить характер этого явления — истощаемость или запоздалая «вработываемость». Иногда при выраженных расстройствах активного внимания больной допускает в работе ошибки — пропускает отдельные числа, показывает вместо одного другое, внешне сходное, например 8 вместо 3. Сочетание нарушенного внимания и истощаемости проявляется в увеличении количества ошибок в каждой последующей таблице.

Таблицы эти почти не запоминаются, поэтому в процессе исследования их можно использовать повторно.

### ПРОБЫ НА ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ

При экспериментально-психологическом исследовании эти пробы могут быть использованы для суждения о подвижности психических процессов, хотя этим не определяется все значение полученных с их помощью данных, так как в процессе исследования ими устанавливается степень сохранности словарного запаса, произведения счетных операций и т. д.

Следует отметить, что иногда инертность психической деятельности обнаруживается в испытываемых больным затруднениях при переключении от одного задания к другому. В этих случаях обследуемый последующее задание пытается выполнить по образцу предыдущего (например, при словесном исключении пытается следовать модусу, выработанному ранее при выделении существенных признаков) или включает в решение слова из предыдущего задания.

Рассмотрим эти пробы.

**I. Методика М. С. Лебединского**, заключающаяся в назывании больным поочередно пар слов, обозначающих одушевленные и неодушевленные предметы. В протоколе



регистрируются называемые слова и время между называнием отдельных пар. Например: собака — лошадь, 2 мин.; шкаф — кровать 1,5; кошка — воробей, 1,9; книга — пальто, 1,6; попугай — ворона, 1,8; поезд — трамвай, 1,9 мин., корова — осел, 1,8 и т. д.

При исследовании этой методикой инертность основных нервных процессов обнаруживается не только в нарушении чередования, но и в том, что называемые слова ограничиваются определенным кругом понятий (например, из одушевленных — только звери или насекомые, из неодушевленных — только мебель или транспорт) и в повторении одних и тех же слов.

**II. Чередование антонимов и синонимов.** Эта методика предложена нами для выявления инертности психических процессов у больных с определенной интеллектуально-мнестической сохранностью (при начальных стадиях церебрального атеросклероза). Приступая к исследованию, необходимо иметь заранее подготовленный набор слов, к которым здоровому нетрудно подобрать как синонимы, так и антонимы. Обследуемому дается инструкция поочередно подбирать и называть синонимы и антонимы к словам, которые он услышит.

Примерный набор слов:

друг — приятель, враг  
печаль — грусть, радость  
храбрый — смелый, трусливый  
могучий — сильный, слабый  
истина — правда, ложь  
жадный — скупой, щедрый  
юность — молодость, старость  
горе — беда, счастье и т. д.

**III. Корректирующая проба с переключением.** Обследуемому дается напечатанный текст (10—12 строчек корректирующей таблицы или часть страницы журнала, брошюры в пределах одного абзаца). Согласно инструкции следует вычеркивать каждую третью букву. Фиксируется время, затраченное обследуемым на исполнение задания. Затем предъявляется аналогичный текст и дается указание зачеркивать поочередно в одной строчке третью букву, а в последующей — четвертую. У здоровых обследуемых с обычным темпом психической деятельности



время выполнения второй части задания существенно не отличается от времени выполнения, затраченного на первую половину. Нередко корректурная проба с переключением выполняется здоровыми даже быстрее, чем обычная. В данном случае существенную роль играет вработывание, а также то, что вычеркивание в половине строчек четвертой буквы происходит несколько быстрее.

Эта методика была предложена нами для исследования эпилептиков. При этом было обнаружено, что введение в задание переключения значительно удлиняет его выполнение, что характерно даже для больных в начальной стадии эпилепсии. Эта методика существенно дополняет исследование сенсомоторных реакций. Так, у некоторых больных с внешне быстрым темпом речи и моторики инертность психической деятельности обнаруживается в корректурной пробе с переключением. Хотя первая часть задания ими выполняется так же быстро, как и здоровыми, на вторую у них уходит в 1,5 — 2 раза больше времени.

**IV. Сложение с поочередно меняющимися слагаемыми.** Обследуемому предлагают к какому-либо числу поочередно прибавлять два других, например, к 7 добавить 5, к сумме — 6, затем к образовавшейся сумме вновь 5, затем — 6 и т. д. При этом вслух обследуемый произносит только результативные числа. Произведение им всей операции сложения вслух значительно облегчает выполнение задания. В протоколе ход решения задания здоровым приобретает следующий вид

7... 12... 18... 23... 29 и т. д.

При этом возможны ошибки чередования, наблюдающиеся преимущественно вначале (больные эпилепсией), в конце в связи с истощаемостью (при церебральном атеросклерозе) или (при грубой органической церебральной патологии) в течение всего задания.

**V. Поочередное вычитание.** Эта методика является модификацией методики отсчитывания. Однако отсчитывается от 100 или 200 не одно и то же вычитаемое, а два чередующихся, например 7 и 8.

В записи это приобретает следующий вид:

100.. 93.... 85... 78.. 70. 63... 55... 48.. 40 и т. д.

Эта методика представляется нам более трудной, чем предыдущая, при ней значительно легче обнаруживаются



не только инертность психических процессов, но и (особенно) истощаемость.

## ПРОБЫ НА ЗАПОМИНАНИЕ

Результаты, получаемые при исследовании этими пробами, свидетельствуют не только о состоянии функции памяти, так как невозможно представить методику, направленную на изолированное изучение одной функции. В пробах на запоминание отражаются состояние активного внимания, наличие явлений истощаемости. Однако основное назначение этих методик — исследование памяти.

Из многочисленных способов исследования памяти нами отобраны лишь три, в которых запоминаемый материал отличается степенью его осмысления.

**1. Проба на запоминание искусственных звукосочетаний.** Обследуемому зачитывают 10 двусложных искусственных звукосочетаний («ролам», «вакар», «сига» и т. д.) и просят повторить те, которые он запомнил. Затем обследующий повторно зачитывает эти звукосочетания. Здоровые обследуемые полностью их воспроизводят после 5 — 7 повторений.

**2. Проба на запоминание десяти слов.** Обследуемому зачитывают десять двусложных слов. Подбирать заучиваемые слова следует так, чтобы между ними трудно было установить какие-нибудь смысловые отношения. Если это не предусмотреть, обследуемый может облегчить для себя задание, составив из этих слов мнемограмму.

Обычно здоровые воспроизводят 10 слов после 3 — 4 повторений (иногда при тренированной памяти после 2). Через 20 — 30 мин. обследуемого просят повторить запомнившиеся ему слова. Если ослабление памяти определяется клинически, это проделывают раньше, через 10 — 15 мин. В этом промежутке желательно избегать заданий, связанных с запоминанием словесного материала — можно провести исследование по таблицам Шульте, корректурную пробу и т. д.

В протоколе опыта отмечают слова, называемые больным (правильно и ошибочно).

Примерный вид протокола пробы на запоминание здорового обследуемого:



	I	II	III	IV	через 30 мин
гора	+	+	+	+	+
игла	+	+	+	+	+
роза	+	+	+	+	+
кошка		+	+	+	+
часы	+	+	+	+	+
вино			+	+	+
пальто	+	+	+	+	+
книга				+	+
окно				+	+
пила			+	+	+

Можно отмечать называемые больным слова цифрами, указывающими на порядок, в котором он воспроизводит слова. В этом случае протокол приобретает следующий вид:

гора	—	1	1	1	1
игла	—	2	2	2	2
роза	+	3	3	3	3
кошка	—		5	4	4
часы	+	4	4	5	5
вино	—			6	6
пальто	—	5	6	7	7
книга	—				10
окно	—				9
пила	—			8	8

Представляет интерес сопоставление результатов пробы на запоминание с «уровнем требований» обследуемого (А. Р. Лурия, 1962). «Уровень требований» зависит от оценки больным своих возможностей, от результатов, достигнутых в предшествующем исследовании. С этой целью обследуемого перед каждым очередным повторением спрашивают — сколько слов он берется запомнить. Сопоставление «уровня требований» с реальными результатами позволяет судить в некоторой степени об оценке больным своего состояния. Так, при органических поражениях головного мозга, когда страдает рассудительное отношение больного к своему состоянию, «уровень требований» значительно превышает достигнутые результаты.

Результаты пробы на запоминание могут быть отображены графически (рис. 1).

По кривой запоминания удобно анализировать особенности заучивания. При истощаемости мнестической



функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер.

Проба на запоминание выявляет и наличие сужения объема внимания. В этих случаях обследуемый в следующем повторении уже не воспроизводит слов, фигурировавших в предыдущем туре. При этом реальные результаты после каждого повторения мало отличаются.

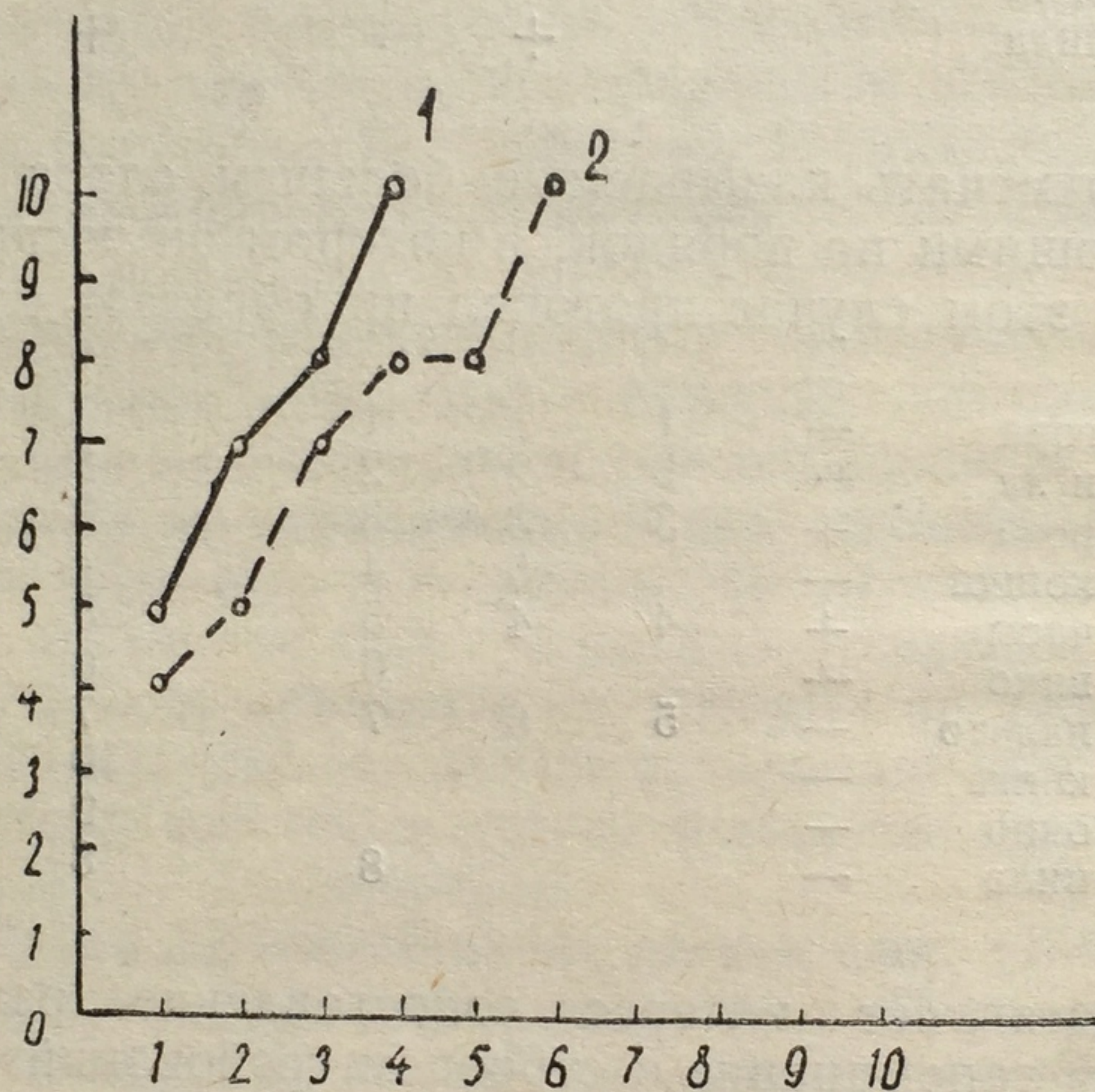


Рис. 1. Кривые запоминания слов (1) и смысловых звукоочетаний (2) в норме. По вертикали — количество воспроизводимых слов, по горизонтали — количество повторений.

**3. Проба на ассоциативную память.** Обследуемому зачитывают десять пар относительно однородных слов, между которыми легко устанавливаются смысловые связи. Например:

река—море	золото—серебро
яблоко—груша	пальто—шапка
гармонь—гитара	голубь—ворона
утро—вечер	автомобиль—трамвай
брат—сестра	книга—тетрадь

Обследуемый зачитывает эти слова, четко отделяя пары. Затем он зачитывает первое слово каждой пары, а



обследуемый называет второе слово. Обычно здоровые выполняют задание после 2 повторений (иногда сразу после первого зачитывания слов).

Сопоставление результатов, получаемых у одного и того же больного, позволяет судить о бóльшей или меньшей сохранности механической и логической (смысловой) памяти.

### СКЛАДЫВАНИЕ КАРТИНОК ИЗ ОТРЕЗКОВ

Эта методика предложена А. Н. Бернштейном (1911) для исследования интеллектуального уровня.

Обследуемому предлагают (в возрастающей сложности) составить 6 рисунков, разрезанных на части (приложение IV). Первые три рисунка разрезаны на четыре части, а остальные — на бóльшее количество отрезков. Первый и четвертый рисунок одинаковы, но разрезаны по-разному. Для повторных исследований желательно иметь несколько наборов, аналогично подобранных. Отрезки рисунка даются обследуемому без порядка, перевернутыми. Составляться они должны без образца.

При выполнении задания обращается внимание на время и конечный результат и обязательно регистрируются особенности работы обследуемого. Так, правильное выполнение задания вначале требует анализа предъявленного материала и уже затем последовательного, планомерного составления рисунка из отдельных отрезков. Существенную роль при этом играет выделение опорных сигнальных деталей рисунка.

При интеллектуальной недостаточности такой анализ отсутствует и больные пытаются составить рисунок, прикладывая беспорядочно один отрезок к другому (по методу проб и ошибок). Такое выполнение задания свидетельствует об отсутствии плана у обследуемого.

Характер работы может свидетельствовать и о нарушении критичности мышления, когда неправильно составленные отрезки оставляются обследуемым на месте.

### БУКВЕННЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Предложен Я. П. Фрумкиным. Помогает судить о словарном запасе и активности обследуемого.



Методика очень проста. Обследуемому произвольно дают несколько букв из разрезанной азбуки и просят составить из этих букв возможные слова. Учитывается количество составленных слов, степень их сложности, затраченное на это время. Необходимо иметь контрольные сведения о выполнении задания с тем же набором букв здоровыми (с учетом возраста и образования).

Методика может быть осложнена дополнительной инструкцией (например, избегать определенного сочетания букв). В этом случае обнаружение ошибок может свидетельствовать о недостаточности внимания.

Эксперимент может быть построен и следующим образом: обследуемому предлагают называть слова, состоящие из двух, трех и четырех букв. Для выполнения каждого задания дается по 10 мин. В таком виде буквенный эксперимент является модификацией методики произвольного называния слов и отличается от нее более четкой предопределенностью условий опыта.

### ПОНИМАНИЕ РАССКАЗОВ

Это одна из давно употребляемых методик психологического исследования. Результаты исследования свидетельствуют об осмыслении сюжета рассказа и о состоянии памяти обследуемого.

Для исследования применяются специально подобранные рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи (приложение V, 1 — 7).

Направленность задания в некоторой степени зависит от способа его проведения (С. Я. Рубинштейн, 1962). Так, если читать текст рассказа обследуемому, то этим облегчается восприятие смысла рассказа, но от него требуется более значительное сосредоточение внимания. Если же обследуемый сам читает рассказ, то повторным чтением он легко компенсирует недостаточность внимания.

Затем обследуемому предлагают воспроизвести рассказ (устно или письменно). Обращается внимание на характер изложения — словарный запас, возможное наличие парафазий, темп речи, особенности построения фразы, лаконичность или, наоборот, чрезмерную обстоятельность. Существенное значение имеет следующее: насколько доступен обследуемому скрытый смысл рас-



сказа, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона рассказа («Логика»).

Понимание скрытого, переносного смысла рассказа часто бывает затруднено при интеллектуальной недостаточности, хотя пересказ при этом очень близок к заданному тексту. Для выявления резонерства и патологических рассуждений успешно пользуются рассказами «Колумбово яйцо», «Логика», «Проблема Эверье».

Для проведения исследования необходимо приготовить серию текстов, отличающихся различной степенью сложности.

Для исследования могут применяться и тексты с пропущенными словами (методика Эббингауза). Читая этот текст (например, приложение V, 8 — 9), обследуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа и нередко ознакомившись с последующими фразами. При этом обнаруживаются нарушения критичности мышления — вставляются слова случайно, иногда лишь по ассоциации с близко расположенными к недостающему. Допускаемые при этом нелепые ошибки не исправляются больным, иногда и после замечания обследующего.

### ПОНИМАНИЕ СЮЖЕТНЫХ КАРТИН

Методика направлена преимущественно на исследование интеллектуального уровня и имеет много общего с предыдущей. Однако она отличается от понимания сюжетных рассказов тем, что в процессе исследования больше удастся уловить весь ход рассуждений обследуемого и оценить особенности механизма осмысления в динамике (А. Н. Бернштейн, 1911).

В зависимости от подбора картин возможны различные модификации опыта. Во-первых, специально подготовленная серия (с этой целью используются открытки-репродукции) содержит картины различной сложности (приложение VI, 1 — 3). Описывая их, обследуемый обнаруживает не только возможность понять сюжет картины, но и проявляет свой запас знаний, особенности речи (лексикон, грамматическая правильность, темп и т. д.). Обычно здоровые вначале анализируют картину, выделяют в ней основные и второстепенные детали, за-



тем, отвлекаясь от несущественного, сопоставляют основные элементы, связывают их воедино и таким образом проникают в сюжет картины.

Могут использоваться для исследования юмористические рисунки (приложение VI, 4 — 5). В этих случаях задание нередко оказывается более сложным и, кроме того, результаты свидетельствуют о некоторых индивидуальных особенностях (понимание юмора, тенденция соотносить ситуацию юмористического рисунка со своим жизненным опытом).

Затруднение понимания сюжетных картин обнаруживается при состояниях, характеризующихся интеллектуальной недостаточностью. Особенности речевого отчета при этом могут показывать обеднение словарного запаса, затруднения в поисках нужного слова, афатические и параафатические проявления, элементы олигофазии.

Очень полезным оказывается это исследование при очаговой органической патологии. Так, при симультанной агнозии (затылочная локализация поражения) больные испытывают затруднения, заключающиеся в невозможности охватить сразу всю ситуацию, произвести зрительный синтез (А. Р. Лурия, 1962). В связи с этим больные очень активно предлагают различные догадки о сюжете рисунка, в которых, однако, не отражаются истинные связи между различными компонентами, деталями рисунка.

При поражении лобных отделов головного мозга оценка картины производится без стадии предварительного анализа ее деталей, на основе какого-либо фрагмента. При этом обычно игнорируются элементы, создающие эмоциональный фон картины (Э. Я. Евлахова), особенно нарушается восприятие мимики и жестов персонажей.

#### УСТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СОБЫТИЙ

Методика предложена А. Н. Бернштейном (1911) для исследования сопоставления, то есть сравнительной оценки нескольких данных в их отношениях друг к другу. Для выполнения задания обследуемый должен установить различия в отдельных элементах рисунков и, руководствуясь ими, определить последовательность



расположения сюжетных рисунков, установить связь событий, отраженных на них.

Для исследования необходимо подготовить несколько серий сюжетных рисунков (приложение VII), отличающихся по степени сложности. С этой же целью используются рассказы в рисунках Х. Бидструпа. Последние более сложны. Кроме того, при использовании карикатур характер задания несколько меняется — выявляется доступность для больного заложенного в сюжете компонента юмора.

Обследуемому объясняют, что на картинках изображено какое-то событие, и, если он их правильно, по порядку разместит, то получится связный рассказ об этом событии.

Затем обследующий регистрирует в протоколе порядок расположения больным рисунков и записывает сопровождающую выполнение задания мотивировку решения, ход рассуждений. Если задание сразу выполняется ошибочно, можно указать на это обследуемому и предложить начать все сначала. Важно отношение больного к обнаруженным ошибкам. В ряде случаев, особенно при ослабоумливающих органических заболеваниях головного мозга, оно свидетельствует о нарушении критичности мышления. Если больной, несмотря на подсказ обследующего, не может правильно расположить рисунки, то исследование упрощают — серию сюжетных рисунков предлагают ему в правильном порядке, и он должен составить лишь рассказ, который отражал бы последовательность развития событий.

При объяснении больным хода рассуждений необходимо выяснить, что служило основным критерием для сопоставления этих рисунков во времени — выделил ли больной общие для всех рисунков серии элементы, как улавливались им изменения, отличающие рисунок от предыдущего.

Затруднения в установлении развития сюжета по серии рисунков свидетельствуют о недостаточности уровня процессов обобщения и отвлечения. Особенно явственно они обнаруживаются при органических поражениях головного мозга с преимущественной локализацией в лобных отделах (Б. В. Зейгарник, 1943; А. Р. Лурия, 1947); когда больные описывают отдельно каждый рисунок, но сопоставить не могут и приходят к совершенно неле-



ным выводам о развивающемся на этих рисунках событиях. Причем для такого рода больных с «лобным синдромом» характерна абсолютная не критичность мышления, ошибочные рассуждения не доступны коррекции.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

Методика классификации применяется для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений. В процессе исследования выявляется отношение больного к ситуации эксперимента и к характеру задания, его уверенность или неуверенность в правильности решения, его отношение к ошибкам — сам ли он их замечает или после подсказки обследующего, исправляет ли допущенные ошибки или отстаивает их.

Методика впервые была предложена К. Гольдштейном (1920) для исследования больных-афатиков. У нас она применяется в модификации Л. С. Выготского (1956) и Б. В. Зейгарник (1958).

Для исследования необходим набор карточек с изображением различных предметов, растений или живых существ. Изображения могут быть заменены надписями. Таким образом, можно говорить о предметной и словесной классификации. Методики эти, как и аналогичные словесный и предметный варианты методики исключения, неравнозначны, о чем свидетельствуют исследования Т. И. Тепеницыной (1959) и наши (1965). Так, например, особенности шизофренического мышления легче выступают при предметной классификации. Значительно более трудной оказывается предметная классификация по сравнению со словесной и для больных со сниженным уровнем процессов обобщения и отвлечения, так как она содержит больше элементов (детали рисунка), провоцирующих несущественные, конкретные ассоциации.

Набор карточек для классификации должен быть специально подготовлен. Непродуманно изготовленные наборы предопределяют выполнение задания, например, по конкретно-ситуационному типу. В связи с этим желательно пользоваться апробированным набором карточек, подготовленным в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (приложение VIII).

В проведении опыта можно выделить два основных этапа. На первом обследуемый более или менее само-



стоятельно образует группы: одежда, мебель, школьные принадлежности, орудия труда, измерительные приборы, люди. Последние две группы, как указывает С. Я. Рубинштейн (1962), представляют наибольшие трудности для выделения. Так, объединение часов, весов, термометра и штанген-циркуля вместе требует выделения наиболее существенного абстрактного признака, выявляющего их сродство. К группе людей относятся различные представители, охарактеризованные на карточках по-разному: представители различных профессий, лыжник и, наконец, ребенок. Выделение обследуемым этих групп свидетельствует об определенной сохранности процессов обобщения и отвлечения.

На втором этапе происходит образование более крупных групп — растений, животных и неодушевленных предметов. Этот этап характеризует более высокую степень обобщения.

Проведение исследования тщательно протоколируется. Отмечаются правильные и ошибочные группировки. Обследующий может указать больному на допущенную неправильность. При этом важно отметить в протоколе отношение больного к обнаруженной ошибке — исправляет ли он ее, не повторяется ли эта ошибка в последующем. Следует регистрировать рассуждения больного в процессе выполнения задания, так как в них нередко содержится мотивировка ошибочного суждения. Наличие идентичных, одноименных групп (например, две группы одежды, разделение на несколько групп посуды) свидетельствует о недостаточности внимания.

### ИСКЛЮЧЕНИЕ

Данные, получаемые при исследовании методикой исключения, позволяют судить об уровне процессов обобщения и отвлечения, о способности обследуемого выделить существенные признаки предметов или явлений.

Имеются два варианта методики исключения: словесный и предметный.

**Словесный** производится при помощи карточки, на которой написаны серии слов (приложение XIX, 1). Каждая серия состоит из пяти слов. Обследуемому говорят, что четыре из пяти слов в серии являются в какой-то мере однородными понятиями и могут быть объединены по общему для них признаку, а одно слово



не соответствует этим требованиям и должно быть исключено. Если обследуемый сразу не усвоил инструкцию, то один-два примера обследующий решает совместно с ним: «Василий, Федор, Семен и Порфирий — имена, а Иванов — фамилия»; «молоко, сливки, сыр, сметана — молочные продукты, а сало — животный жир». Убедившись, что принцип выполнения задания обследуемым усвоен, ему предлагают самостоятельно выполнять следующие примеры, вычеркивая карандашом на специальном бланке подлежащее исключению слово. При отсутствии бланков обследующий зачитывает серии слов и отмечает в протоколе характер решения.

Существенную роль играет отношение обследуемого к допущенным ошибкам: сам ли он их заметил или с помощью врача, как обследуемый мотивирует ошибочные решения и насколько они доступны коррекции.

Для проведения предметного варианта необходимо подготовить набор карточек, каждая из которых содержит изображения четырех предметов (приложение IX). Дается инструкция. «Из изображенных на рисунке четырех предметов три имеют между собой общее, их можно объединить в одну группу, назвать одним словом, а один существенно от них отличается и должен быть исключен». Как и в предыдущем варианте, отдельные серии предъявляются обследуемому в определенной последовательности с нарастающей сложностью. Наряду с выполнимыми заданиями в эту методику иногда специально вводят серии рисунков, где нельзя произвести такого рода обобщения. Здоровые в таких случаях либо заявляют, что задание невыполнимо, либо дают обусловленно формальный ответ, например: «Из изображенных на этом рисунке предметов нельзя выделить группу из трех, но, если вы настаиваете, то я предлагаю следующее решение — в отличие от яблока роза, шуба и книга являются несъедобными». Такого рода невыполнимые задания применяют при исследовании больных шизофренией.

Как модификацию предметного исключения можно рассматривать методику Майера — Хорстона. Карточки для исследования по этой методике (приложение IX) содержат изображения шести предметов, из которых обследуемый должен выделить три, имеющие существенный общий признак. Данная методика отличается от

пред  
больш  
тез,  
ная.

Д  
го ди  
или  
того,  
выпо  
дений

Д  
(при  
обсле  
ция:  
перед  
щиеся  
перед  
наиб  
призн  
только  
рнима  
нию,  
следу  
не ус  
ные,  
сразу  
желат

Сл  
следу  
собно  
понят  
глаза  
сто су  
ционн  
вильн  
призн  
«сраж  
дуемь  
ром—  
зател



предметного исключения по описанному выше способу большими возможностями выдвижения рабочих гипотез, в результате проверки которых выбирается правильная.

### ВЫДЕЛЕНИЕ СУЩЕСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ

Данная методика выявляет способность обследуемого дифференцировать существенные признаки предметов или явлений от несущественных, второстепенных. Кроме того, наличие ряда заданий, одинаковых по характеру выполнения, позволяет судить о последовательности суждений.

Для исследования пользуются специальным бланком (приложение X), или обследующий устно предъявляет обследуемому задачи. Предварительно дается инструкция: «На каждой строчке здесь одно слово находится перед скобками, а пять — в скобках. Все слова, находящиеся в скобках, имеют какое-то отношение к стоящему перед скобками. Однако вы должны из них выбрать два наиболее существенных, являющихся неотъемлемыми признаками слова, стоящего перед скобками. Выберите только два и подчеркните их». Часто обследуемые, невнимательно прослушав инструкцию, приступают к заданию, и решения их в этих случаях поверхностны. Тогда следует обратить внимание обследуемых на то, что они не усвоили задания, и повторить его. Некоторые больные, обычно при интеллектуальной недостаточности, не сразу понимают, что от них требуется. В этих случаях желательно вместе с ними решить одну-две задачи.

Слова в задачах подобраны таким образом, что обследуемому приходится продемонстрировать свою способность уловить абстрактное значение тех или иных понятий и отказаться от более легкого, бросающегося в глаза, но неверного способа решения, при котором вместо существенных выделяются частные, конкретно ситуационные признаки. Так, например, к слову «игра» правильное решение предусматривает такие существенные признаки, как «игроки» и «правила», к слову «война» — «сражения» и «солдаты». В то же время некоторые обследуемые в первом случае выбирают слово «карты», во втором — «ружья». При таком решении задания следует обязательно обсудить с больным результаты. Иногда даже



подсказ обследующего, что речь идет об игре и войне в общем, абстрактном значении этих понятий, не помогает обследуемому найти правильное решение. Это свидетельствует о недостаточности уровня процессов обобщения и отвлечения. Ошибочные решения могут носить и характер отдельных непоследовательных суждений (например, при астенических состояниях). В этих случаях больные при обращении их внимания на допущенную ошибку сами ее исправляют.

### ОБРАЗОВАНИЕ АНАЛОГИЙ

Для выполнения этого задания обследуемому необходимо уметь установить логические связи и отношения между понятиями. Кроме того, как и при исследовании при помощи предыдущих методик, в опыте легко обнаруживаются нарушения последовательности суждений, когда обследуемый на время перестает следовать избранному им модусу решения задания. Однако в отличие от выделения существенных признаков методика образования аналогий содержит менее однообразные задания. Аналогии в различных задачах строятся по разным принципам, и наличие инертности психических процессов значительно затрудняет для этих больных выполнение задания — в последующей задаче они пытаются выделить аналогию по принципу предыдущей.

Различают образование простых и сложных аналогий. **Образование простых аналогий** производится с помощью специальных бланков (приложение XI, 1 — 3), на которых слева располагаются пары слов — образцы, по аналогии с ними следует выделить пару слов в правой половине бланка, причем справа первое слово искомой пары указано, а нижнее нужно выделить из пяти. Например:

<u>электричество</u>	<u>пар</u>
провода	лампочка, ток, вода, трубы, кипение.

Обследуемому объясняют, что так же, как электричество идет по проволоке, пар идет по трубам. Совместно с обследуемым можно решить еще один, более трудный и отличающийся другим принципом построения аналогичный пример:

<u>песня</u>	<u>картина</u>
глухой	художник, слепой, хромой, рисунок, больной.

Здесь ра  
отношени  
хой. А ка  
задачу, сл

Обязат  
анalogии  
цип выпол  
ским прим  
ние оказы  
сти интелл

В анализе  
ошибок, но  
При помощи  
ческого стр  
зываний» н  
ные сужде  
большими,  
возможност  
недопущени  
деленной со

**Образов**  
выделение  
В связи с бо  
как и С. Я.  
лиц со сред

Предвар  
части бланк  
пар слов, ка  
Эти отношен  
до» — это ча  
ние, «море —  
шении и т. д  
на располож  
которых он д  
Против кажд  
около пары-о  
следующий х  
аналогично то

Обсуждени  
ошибочных р  
нарушениях л  
равленности и



Здесь разъяснение носит следующий характер: «Каковы отношения между словами слева? Песню не слышит глухой. А картину?» И если обследуемый сам не решил задачу, следует подсказать: «Картину не видит слепой».

Обязательно для примера надо выбрать задачи, где аналогии строятся по разному принципу. Иногда принцип выполнения задания можно объяснить арифметическим примером образования пропорций. Такое объяснение оказывается успешным при определенной сохранности интеллекта.

В анализе результатов важно не только обнаружение ошибок, но и мотивировка их и возможность коррекции. При помощи этого метода выявляются нарушения логического строя мышления, однако, ошибки типа «соскальзываний» не корригируются, тогда как непоследовательные суждения в связи с истощаемостью исправляются больными, как только они их замечают. Обнаружение возможности исправления ошибок в ходе эксперимента, недопущение их в дальнейшем свидетельствуют об определенной сохранности критичности мышления.

**Образование сложных аналогий** предусматривает выделение сложных абстрактных логических отношений. В связи с большей трудностью этой методики мы так же, как и С. Я. Рубинштейн, применяем ее при обследовании лиц со средним и высшим образованием.

Предварительно дается инструкция, что в верхней части бланка (приложение XI, 4) расположены шесть пар слов, каждой из которых присущи особые отношения. Эти отношения анализируются, например, «овца — стадо» — это часть и целое, «малина — ягода» — определение, «море — океан» различаются в количественном отношении и т. д. Затем внимание обследуемого обращается на расположенные ниже пары слов, принцип связи которых он должен сопоставить с одним из образцов. Против каждой пары он ставит тот номер, который стоит около пары-образца. Примерное решение задания носит следующий характер: «Глава является частью романа аналогично тому, как овца — частью стада».

Обсуждение совместно с больным допущенных им ошибочных решений помогает обследуемому судить о нарушениях логического строя мышления, его целенаправленности и критичности.



## ВЫДЕЛЕНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ

К этой группе условно можно отнести ряд методик, которые, хотя и различаются по степени сложности, могут быть выполнены при относительно высоком уровне обобщения обследуемых.

**Числовой ряд.** Обследуемому предлагают ряд чисел. Анализ их расположения позволит ему продолжить этот ряд. Последовательно предлагаются более сложные ряды (приложение XII, 1).

Приводим пример решения такого рода заданий:

$$\begin{array}{cccccc} 1 & 3 & 5 & 7 & - & - & (9,11) \\ 15 & 12 & 9 & 6 & - & - & (3,9) \end{array}$$

**Шкала «домино».** Больному дают ряд карточек, на которых изображено несколько табличек (приложение XII, 2) типа употребляющихся в игре в домино и одна пустая. Установив из анализа табличек определенную закономерность, обследуемый должен сказать, какой должна быть пустая табличка.

**Поиски недостающего числа.** Приводится несколько комбинаций чисел, из которых в одной отсутствует одно число. Следует найти закономерность в имеющихся полных комбинациях и, руководствуясь ею, недостающее число (приложение XII, 3).

Рассуждение должно исходить из того, что надо найти число, расположенное в нижнем секторе. Следует анализировать в остальных кругах отношение аналогичного числа к остальным. При таком ходе рассуждения нетрудно найти зависимость. Например, в первом ряду приложения XII, 4 нижнее число в остальных кругах в 2 раза меньше суммы двух остальных, поэтому недостающее число равно 8.

**Обнаружение закономерностей в геометрических фигурах (по Шульте).** Обследуемому предлагаются фигуры (приложение XII, 4). Анализ их может привести к обнаружению закономерности менее сложной: «Нарисованы 4 фигуры — многоугольники, из центра которых проведены линии». В основе этого суждения лежит выделение общих признаков. Логически из этого вытекает следующее, более сложное суждение: «Сумма всех линий в каждом многоугольнике составляет 7». Наиболее сложной закономерностью, выведение которой становится

возможны  
является:  
меньше ли

Обслед  
показывае  
дуемые от  
это тем, ч  
предупреж  
Поэтому н  
жет еще р  
недостаточ  
свидетельс  
обобщения

Эти ме  
ления.

Для оп  
вать целый  
делить из  
определени  
обследуем  
мета или я  
нонова, 19  
довое и вид  
необходим  
менее точн  
признаках  
пени наход  
(«стол — д  
недостаточ  
наглядные  
четырех но

При исс  
следует от  
выделять о  
ния, четкос  
легко обна  
точная дет  
Близка  
При этом п  
та или явл



возможным при сопоставлении двух рядов признаков, является: «Чем больше сторон в многоугольнике, тем меньше линий отходит от центра».

Обследование при помощи этой методики здоровых показывает, что она довольно трудна. Некоторые обследуемые отказываются от решения задания, мотивируя это тем, что они забыли геометрию (хотя обследующий предупреждает, что знание геометрии здесь не нужно). Поэтому невыполнение задания по этой методике не может еще рассматриваться как признак интеллектуальной недостаточности, однако, правильное решение задания свидетельствует о достаточно высоком уровне процесса обобщения.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СРАВНЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Эти методики применяются для исследования мышления.

**Для определения понятия** необходимо проанализировать целый ряд признаков предмета или явления и выделить из них наиболее существенные. Степень точности определения зависит от признаков, которые выбирает обследуемый для характеристики того или иного предмета или явления. Наиболее точным считается (М. П. Кононова, 1963) определение, при котором отмечается родовое и видовое различие (например, «стол — это мебель, необходимая в быту или для работы»); правильное, но менее точное определение основано лишь на родовых признаках («стол — это мебель»); на более низкой ступени находится определение по назначению предмета («стол — для того, чтобы есть или писать»); совершенно недостаточным является определение, отмечающее лишь наглядные признаки предмета («стол — деревянный, на четырех ножках»).

При исследовании методикой определения понятий следует отмечать не только способность обследуемого выделять основные признаки, но и построение определения, четкость формулировки. При помощи этого приема легко обнаруживается расплывчатость суждений, избыточная детализация и склонность к резонерству.

**Близка к описанной методика сравнения понятий.** При этом происходит не только анализ свойств предмета или явления, но и устанавливаются определенные



отношения между несколькими предметами, явлениями. В связи с этим сравнение понятий является более сложным, чем определение, психическим процессом, включающим анализ и синтез и требующим дифференцировки существенных признаков на общие для нескольких объектов и различающие их.

При сравнении нескольких понятий задание выполняется в два этапа: вначале выделяются существенные признаки каждого из них, а затем из них выбираются совпадающие для этих объектов и те, которые обуславливают разницу между ними. При сравнении относительно однородных объектов первыми оказываются родовые, а вторыми — видовые признаки. К относительно однородным понятиям относятся:

часы — хронометр,  
трамвай — троллейбус,  
собака — кошка,  
яблоко — груша и т. п.

Наряду с этим Т. К. Мелешко (1966) предлагает для сравнения разнородные понятия:

тарелка — лодка,  
ботинок — карандаш,  
глобус — бабочка,  
плащ — ночь,  
часы — река.

Проведенные ею исследования методикой сравнения неоднородных понятий показали, что больные шизофренией часто при этом пользуются малохарактерными для здоровых «нестандартными» признаками. Хотя «стандартность» того или иного признака характеризуется статистическими показателями, этот вариант может использоваться и при диагностически направленном психологическом эксперименте, так как при нем обнаруживается легкость выделения больными шизофренией «слабых» признаков.

Здоровые обследуемые при предложении сравнивать такие понятия обычно говорят, что это задание невыполнимо, либо обуславливают формальный характер предлагаемого ими сравнения, его искусственность. Больные шизофренией нередко не высказывают смущения при необходимости сравнивать такие разнородные понятия и с легкостью проводят сопоставление, основан-



вая свои суждения нередко на актуализации «слабых» признаков. Например, тарелка и лодка — вместилища, ботинок и карандаш оставляют след, глобус и бабочка — понятия из естественно научного обихода, часы и река — показатели течения, символы неотвратимого движения жизни. Часто такого рода сравнения способствуют выявлению резонерства.

Методика сравнения понятий используется при различных психических заболеваниях и помогает обследующему обнаружить различные виды патологии мышления — недостаточность интеллекта, расплывчатость и разноплановость суждений, резонерство. Следует отметить, что от правильного подбора сравниваемых понятий зависит степень абстрактности выделяемых признаков данных для сравнения объектов, их реальность.

### ФОРМИРОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ ПОНЯТИЙ

Для исследования способности сформировать понятия часто применяется методика, разработанная Л. С. Выготским и Л. С. Сахаровым (1930). Методика эта весьма сложна, и правильное выполнение задания обследуемым свидетельствует об отсутствии у него интеллектуального снижения.

Перед обследуемым в беспорядке размещают набор стереометрических фигур, отличающихся формой, цветом и величиной (приложение XIII, 1). На скрытой от него нижней стороне этих фигур имеются условные надписи («биг», «цев», «гур», «лог»). Произвольно выбирается одна фигура, и обследующий объясняет, что надпись на ней (например, «цев») совершенно ничего не означает, условна, но имеющимся в этом наборе фигурам с аналогичной надписью присущи какие-то общие признаки. Обследуемый должен установить, какие фигуры входят в эту группу, то есть определить понятие «цев».

После этого обследуемый отбирает несколько фигур и объясняет свою гипотезу. Например, он считает, что к «цев» относятся все фигуры того же цвета. Тогда обследующий переворачивает одну из отобранных ошибочно фигур и показывает надпись — несмотря на то, что она того же цвета, она не относится к понятию «цев».



Если обследуемый отбирает ряд фигур, руководствуясь одинаковой формой, обследующий таким же образом показывает ему ошибочность этой гипотезы.

Таким образом, остается одна возможность — определить понятие «цев» в зависимости от размеров, что довольно трудно, так как размеры фигур характеризуются двумя признаками: площадью основания и высотой.

Результаты опыта оцениваются в зависимости от того, сколько ходов понадобилось обследуемому для выполнения задания, насколько логичны были его рассуждения, как воспринималась помощь обследующего. При этом исследовании обнаруживаются аффективно-личностные особенности обследуемого, особенно выявляющиеся в реакции на успех.

В модификации Е. А. Рушкевича (1953) для исследования способности формирования искусственных понятий обследуемому предлагают набор стереометрических фигур (приложение XIII, 2), разделяющихся по форме и окраске на четыре группы:

I — граненые темные соответственно начальным буквам словесных обозначений — Гет; II — округлые светлые — Окс; III — граненые светлые — Гес; IV — округлые темные — Окт.

Обследуемому дают одну фигуру и говорят, что она относится к разряду Гет (термин не расшифровывается). Затем показывают другие фигуры и просят сказать, относятся ли и они к этому разряду. Правильное решение подкрепляется словом «так», и, наоборот, при неправильном решении следует отрицательное подкрепление: «Нет, это не Гет». Эксперимент производится до тех пор, пока обследуемый либо решит задачу, либо проявит свою полную несостоятельность. Когда группа фигур отобрана правильно, обследуемый должен указать признаки, лежащие в основе выделения искусственного понятия.

А. Ф. Говоркова (1962) несколько упростила методику Выготского — Сахарова с целью приспособления ее к понятиям детского возраста.

Обследуемому показывают 16 вырезанных из картона фигур (приложение XIII, 3), отличающихся формой (2 вида), цветом (красные и зеленые) и величиной (4 варианта). На обороте этих фигур написаны их условные обозначения, например «гацун». Одну из фигур «гацун», например № 5, дают обследуемому и просят ото-

братъ др  
фигуру  
обороте  
своего в  
личеству  
мирован

При  
к целена  
умение в  
лениях,  
особенно  
ния и от

Мето  
стей мыш  
тичности

Обсле  
емых ме  
менное с  
виц («Яб  
пока гор  
ешь») и  
смысл. М  
ответству  
ного. Бук  
свидетел  
Если обо  
пословиц  
шенно не  
обследуе  
выполнен  
материал  
дуется д  
тодики.

Сравн  
точки, на  
пословиц  
парами л  
смыслу.  
для срав



брать другие фигуры этого разряда. Каждую отобранную фигуру обследуемый переворачивает и по надписи на обороте убеждается в правильности или ошибочности своего выбора. О результатах исследования судят по количеству ходов, понадобившихся обследуемому для формирования понятия.

При обследовании детей определяется их способность к целенаправленным и последовательным действиям, умение вести анализ одновременно в нескольких направлениях, отбрасывать неподкрепленные признаки. Эти особенности характеризуют течение процессов обобщения и отвлечения у обследуемых.

### ПОНИМАНИЕ ПЕРЕНОСНОГО СМЫСЛА ПОСЛОВИЦ И МЕТАФОР

Методика применяется для исследования особенностей мышления — его уровня, целенаправленности и критичности.

Обследуемому называют несколько часто употребляемых метафор («золотая голова», «золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа», «медный лоб») и пословиц («Яблоко от яблони недалеко падает», «Куй железо, пока горячо», «Слово не воробей — вылетит, не поймаешь») и просят объяснить их отвлеченный переносный смысл. Можно предложить обследуемому привести соответствующие примеры из своей жизни или прочитанного. Буквальное истолкование пословицы или метафоры свидетельствует о недостаточности уровня обобщения. Если обследуемый верно объясняет переносный смысл пословицы, это еще не означает, что мышление совершенно не нарушено, так как при объяснении пословиц обследуемый проявляет имеющиеся у него знания — для выполнения задания не требуется обобщения нового материала. Процесс обобщения нового материала исследуется другими, более сложными вариантами этой методики.

**Сравнение пословиц.** Обследуемому предлагают карточки, на которых написаны специально подобранные пословицы, и дают задание сгруппировать их, выделив парами либо аналогичные, либо противоположные по смыслу. Например, Е. А. Рушкевич (1953) предлагает для сравнения следующие пословицы:



Что посеешь, то и пожнешь.  
Куй железо, пока горячо.  
Каков поп, таков и приход.  
Как аукнется, так и откликнется.  
Яблоко от яблони недалеко падает.  
Когда дрова горят, тогда и кашу варят.

Обследуемый должен отобрать пары аналогичных пословиц:

Что посеешь, то и пожнешь; как аукнется, так и откликнется.

Куй железо, пока горячо; когда дрова горят, тогда и кашу варят.

Яблоко от яблони недалеко падает; каков поп, таков и приход.

При этом исследуемые обнаруживают не только понимание переносного смысла отдельных пословиц — сопоставляя их, они дифференцируют существенные признаки от второстепенных, случайных. Таким образом, результаты исследования при помощи этого варианта методики в определенной мере свидетельствуют об особенностях ассоциативных связей, в частности способствуют выявлению ассоциаций по «слабому» признаку. Примером последнего может служить обобщение пословиц Что посеешь.. и Куй железо..., когда больной дает следующее объяснение: «Прежде чем сеять, надо вначале ковать. Как скуешь плуг — так и посеешь».

**Отнесение фраз к пословицам.** Этот вариант предложен Б. В. Зейгарник (1958). Трудность заключается не столько в истолковании переносного смысла пословицы, сколько в возможности соскальзывания на приблизительный смысл. Обследуемому предлагают серию табличек, на которых написаны пословицы или метафоры и значительно большее количество карточек с фразами. Среди фраз имеются соответствующие переносному смыслу пословиц и лишь сходные в формально-лексическом отношении. Вначале убеждаются, что исследуемый понимает переносный смысл этих пословиц, а затем предлагают подобрать к каждой пословице фразу, соответствующую ей по смыслу.

Так, например, каждой пословице соответствуют на выбор 2 — 3 фразы:



Золото тяжелее железа.  
Куй железо, пока горячо. Железо кует кузнец.  
Не откладывай дело в долгий  
ящик.  
Цыплят по осени считают. Цыплята вырастают к осени.  
О деле судят по результатам.  
Яблоко от яблони недалеко  
падает. Яблоня росла в саду.  
Каковы родители, та-  
ковы и дети.

Как аукнется, так и  
откликнется. В лесу звучало эхо:  
„ау! ау!“.  
Добром платят за доб-  
ро, а злом — за зло.  
Один в поле не воин. Изрытое окопами поле храни-  
ло следы войны.  
Коллективу любая работа по  
плечу.

Выполняя это задание, обследуемый вначале уясняет  
переносный смысл пословицы, а затем сопоставляет ее с  
фразами и таким образом как бы переносит усвоенный  
принцип работы на новый материал.

#### НАЗЫВАНИЕ 50 СЛОВ

Методика направлена на изучение особенностей ас-  
социации обследуемого. Кроме того, по результатам  
исследования можно судить о богатстве словарного за-  
паса и темпе речевой деятельности больного.

Инструкция содержит просьбу назвать подряд, как  
можно быстрее, любые 50 слов, за исключением назва-  
ний расположенных в комнате предметов. Произносимые  
больным слова записываются. По секундомеру регистри-  
руется затраченное на это время. Если больной очень  
быстро называет слова, не следует его останавливать.  
Слова, которые обследующий не успел записать, заме-  
няются прочерком.

Психически здоровые называют слова «гнездами» —  
по 5 — 6 слов, имеющих общие признаки, например, ви-  
ды транспорта, одежды и т. д. Увеличение этих гнезд  
рассматривается как признак инертности психических



процессов. Могут быть обнаружены и малосодержательные ассоциации — по созвучию.

Инструкция может быть усложнена требованием называть только существительные. Если больной ее не выполняет, дается дополнительная инструкция: «Вы называете не только существительные. Соблюдайте правила выполнения задания». Если и после этого обследуемый называет не только существительные, то это также свидетельствует о значительной инертности психической деятельности.

Бедность словарного запаса проявляется в значительном увеличении необходимого на выполнение задания времени (здоровые называют 50 слов за 1,5 — 2,5 мин.), в повторении одних и тех же слов, в назывании вопреки инструкции находящихся перед глазами обследуемого предметов.

### ПИКТОГРАММЫ

Эта методика предложена А. Р. Лурия как один из вариантов опосредствованного запоминания, при котором значительны возможности для исследования ассоциативного процесса.

Обследуемому дают листок чистой бумаги и карандаш и говорят, что сейчас он услышит слова, для запоминания которых должен сделать какой-нибудь несложный рисунок. В инструкции перед исследованием предусматривается, что качество рисунка никакой роли не играет, так как иногда обследуемые ссылаются на неумение рисовать. Кроме того, предупреждают, что совершенно недопустимо для запоминания прибегать к словесным или буквенным обозначениям.

Слова, значение которых больные должны объяснить рисунками-пиктограммами, подбираются заранее. Вначале можно называть слова более конкретного содержания, а затем, убедившись, что больному доступно выполнение задания, переходят к абстрактным словам, например: веселый праздник; тяжелый труд; вкусный обед; больной человек; печаль; любовь; развитие, справедливость; сомнение и т. п.

Всего называют 10 — 15 слов. Обязательно следует включать сюда слова, характеризующиеся значительным эмоциональным содержанием.



В протоколе исследования записываются рассуждения больного, объясняющие связь между словом и рисунком. Впоследствии обследуемого просят по рисункам воспроизвести соответствующие им слова.

По результатам выполнения задания можно судить об уровне процессов обобщения и отвлечения — может ли обследуемый обозначить слово символом, насколько возрастают при этом его затруднения, когда опосредуются слова абстрактного характера. Не менее важно установить характер ассоциаций, которыми руководствуется обследуемый при подборе пиктограмм — соответствие пиктограммы заданному слову, чрезмерная конкретность ассоциаций или, наоборот, их чрезвычайно абстрактный, условносимволический характер, наличие ассоциаций по «слабому» признаку. Существенную роль играет эмоциональная насыщенность пиктограмм. В определенной степени она отражает эмоциональное состояние обследуемого.

Как уже указывалось, по результатам исследования можно судить о логической памяти обследуемого — насколько опосредствование слов в зрительных образах помогает запомнить их.

### СЛОВЕСНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Словесный эксперимент широко использовался для исследования психически больных (В. М. Бехтерев, М. И. Аствацатуров, А. Г. Иванов-Смоленский, В. П. Протопопов).

С позиций учения И. П. Павлова при правильном физиологическом анализе результатов исследования методика словесного эксперимента открывает возможность изучения словесных условных связей и динамики нервных процессов во второй сигнальной системе, позволяет улавливать изменения корковой динамики под влиянием словесного раздражителя (А. Г. Иванов-Смоленский, 1928). Слова-раздражители являются условными сигналами, ответные речевые реакции — связанными с этими сигналами в течение прошлой жизни обследуемого путем многократного повторения речевыми условными рефлексам.

В патопсихологии словесный эксперимент используется для анализа характера ассоциации обследуемого и



скорости их образования. С этой целью обследуемому зачитывают заранее подготовленный ряд слов — 30 — 40 существительных, лишенных какой-либо связи. Можно пользоваться специальным бланком (приложение XIV). Дается инструкция на каждое услышанное слово отвечать любым, пришедшим в голову, и как можно быстрее. Если преследуется цель проверить, может ли обследуемый следовать какому-либо более определенному модусу выполнения задания, инструкция соответственно уточняется (например, отвечать только существительным или словом-антонимом, или родовым определением).

В протоколе опыта регистрируется время ответной реакции и ее содержание. Обращают внимание на лабильность речевых реакций, соответствие их слову-раздражителю, или, наоборот, случайный, нелепый характер.

Средний латентный период при обследовании здоровых составляет 0,5 — 1,5 сек. В некоторых случаях наблюдается особенно заметное увеличение латентного периода при воздействии неиндифферентных для обследуемого словесных раздражителей (для введения их в эксперимент в бланке оставлены пробелы). Однако это явление нельзя переоценивать, так как иногда аффективно-значимыми неожиданно оказываются совсем другие слова (Б. В. Зейгарник, 1958)). Поэтому включение в словесный эксперимент таких аффектогенных слов должно базироваться на тщательном изучении анамнеза, конфликтной жизненной ситуации, индивидуальных особенностей больного.

Характеристика ответных речевых реакций может производиться согласно классификации А. Г. Иванова-Смоленского (1928), различающего:

1. Низшие, или примитивные, словесные реакции:
  - 1) междометные («гм», «ну», «ой», «ай» и др.);
  - 2) эхоталические, буквально воспроизводящие слово-раздражитель;
  - 3) созвучные — тождественные или близкие по звучанию слову-раздражителю своими первыми или последними словами;
  - 4) экстрасигнальные, не имеющие отношения к слову-раздражителю, а являющиеся реакцией на другие раздражения, поступающие из внешней среды;
  - 5) отказные («не знаю», «нечего сказать», «слов нет» и т. д.);

6) в  
7) п  
являетс  
II. Б  
1) и  
«чашка  
2) о  
блюдец  
3) а  
суда»).

В по  
еще одн  
ческими  
для них  
жающей  
Б. Я. Пе  
Суще  
эксперим  
пользова  
жителей:  
ными с  
словесны  
сложност  
Много  
методом  
результат  
и в завис

Эта м  
весного э  
ментирует  
исследова  
го и состо  
Для пр  
ным бланк  
(приложен  
включение  
брать анто  
слову подо  
проверки у  
можно вып



- 6) вопросительные («какой?», «кто?», «почему?»);  
7) персеверирующие — когда один и тот же ответ появляется на несколько раздражителей подряд.

II. Высшие словесные реакции:

- 1) индивидуально-конкретные («город — Москва», «чашка — голубая»);
- 2) общеконкретные («город — деревня», «чашка — блюдце»);
- 3) абстрактные («город — культура», «чашка — посуда»).

В последнее время эта классификация дополнена еще одним видом низших словесных реакций — атактическими, отличающимися от экстрасигнальных тем, что для них нельзя найти какой-либо раздражитель в окружающей больного обстановке (М. С. Удальцова, 1956; Б. Я. Первомайский, 1957).

Существуют другие варианты методики словесного эксперимента. А. Д. Зурабашвили (1955) предложил пользоваться четырьмя вариантами словесных раздражителей: названиями предметов, глаголами, отглагольными существительными и прилагательными. Эти словесные раздражители отличаются возрастающей сложностью.

Многочисленные исследования психически больных методом словесного эксперимента показали особенности результатов его при различных нозологических формах и в зависимости от стадии заболевания.

### ПОДБОР СЛОВ-АНТОНИМОВ

Эта методика является в сущности вариантом словесного эксперимента, при котором более четко регламентируется характер ответных реакций. В результате исследования устанавливается словарный запас больного и состояние внимания.

Для проведения исследования пользуются специальным бланком, содержащим заранее подобранные слова (приложение XV). Подготовка бланка предусматривает включение лишь тех слов, к которым возможно подобрать антонимы. Больному дается указание: к каждому слову подобрать слова противоположного значения. Для проверки уяснения инструкции первые 1 — 2 примера можно выполнить совместно с больным, а затем предо-



ставить ему возможность самостоятельного выполнения задания.

Обследующий записывает время (по секундомеру), отделяющее название антонима от названия слова-раздражителя, и содержание ответной реакции.

При оценке результатов обращают внимание на соответствие речевой реакции условиям задания. Так, иногда вместо антонимов называются синонимы либо вообще слова, не связанные со словами-раздражителями (атактические речевые реакции). Существенное значение имеет величина латентного периода: явное удлинение его при абстрактном характере слова-раздражителя свидетельствует о некоторой недостаточности уровня обобщения. Анализируется дифференцированность и точность ответных реакций, возможность подобрать к одному слову несколько антонимов. Характерный признак обеднения словарного запаса при интеллектуальной недостаточности — образование антонима прибавлением к заданному слову частицы «не» (красивый — некрасивый, скупой — нескупой, победа — непобеда). По увеличению латентного периода и ухудшению качества ответных реакций к концу обследования можно судить о повышенной истощаемости обследуемого.

### ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ

В процессе исследования определяется отношение обследуемого к поставленной перед ним задаче.

Уровень притязаний — это те количественно-качественные показатели, которым должна удовлетворять по мнению обследуемого, его производительность (В. М. Мясищев, 1935).

Уже обычное обследование при помощи описанных выше экспериментально-психологических методик свидетельствует в некоторой степени об уровне притязаний обследуемого — об его отношении к исследованию вообще и той или иной методикой в частности, о его реакции на правильное или неправильное выполнение задания.

Для более точной качественной и количественной характеристики уровня притязаний пользуются специальной методикой. Впервые методика исследования уровня притязаний была предложена Хоппе. Мы пользуемся этой методикой в модификации Б. В. Зейгарник (1965).

точ  
1 к  
стак  
1  
1  
2  
2  
3  
3  
4  
4а  
5.  
5а  
6.  
6а  
7.  
7а  
ву А.  
8.  
8а  
ву М.  
9.  
9а.  
10.  
10а  
киноа  
11.  
ву С.  
11а  
торов,  
12.  
ков.  
12а  
дожн  
Обс  
ки рас  
в них з  
точки с  
соответ  
той или  
предупр  
ется оп  
4-616



Перед больным двумя рядами раскладывают 24 карточки обратной стороной вверх. В каждом ряду (от 1 к 12 и от 1а к 12а) карточки содержат вопросы нарастающей сложности.

1. Написать три слова на букву Ш.
- 1а. Написать три слова на букву Н.
2. Написать названия четырех животных на букву Л.
- 2а. Написать четыре названия фруктов на букву А.
3. Написать названия пяти городов на букву Л.
- 3а. Написать шесть имен на букву Б.
4. Написать шесть имен на букву А.
- 4а. Написать названия шести государств на букву П.
5. Написать три названия цветов на букву Р.
- 5а. Написать пять городов на букву К.
6. Написать названия шести животных на букву К.
- 6а. Написать двадцать слов на букву С.
7. Написать пять названий цветов на букву Г.
- 7а. Написать, какие части света начинаются на букву А.
8. Написать четыре названия деревьев на букву О.
- 8а. Написать названия пятнадцати городов на букву М.
9. Написать названия городов на букву А.
- 9а. Написать названия пяти фильмов на букву М.
10. Написать фамилии пяти писателей на букву С.
- 10а. Написать фамилии пяти известных советских киноартистов на букву Л.
11. Написать фамилии четырех композиторов на букву С.
- 11а. Написать фамилии известных русских композиторов, художников и писателей на букву Р.
12. Написать фамилии семи французских художников.
- 12а. Написать фамилии пяти известных русских художников на букву К.

Обследуемому сообщают, что в каждом ряду карточки расположены по степени сложности содержащегося в них задания, что параллельно в двух рядах лежат карточки одинаковой трудности. Затем ему предлагают соответственно своим возможностям выбирать задания той или иной сложности и выполнить их. Обследуемого предупреждают о том, что на каждое задание отпускается определенное время, но какое — ему не сообщается.



Включая секундомер каждый раз, когда обследуемый берет новую карточку, обследующий при желании может сказать обследуемому, что он не уложился в положенное время и поэтому задание считается невыполненным. Это позволяет обследующему искусственно создавать неуспех.

Опыт тщательно протоколируется. Обращается внимание на то, насколько притязания больного соответствуют его возможностям (интеллектуальному уровню образованию) и как он реагирует на успех или неуспех. Одни больные после успешного выполнения, например, 3-го задания, сразу же берут 8-ю или 9-ю карточку, другие, наоборот, крайне осторожны: правильно выполнив задание, они берут карточку либо той же степени сложности, либо следующую. То же самое при неуспехе, одни обследуемые берут карточку либо той же сложности, либо незначительно менее трудную, тогда как другие, не выполнив 9-е задание, переходят на 2-е или 3-е, что свидетельствует о крайней хрупкости у них уровня притязаний. Возможно и такое поведение больного, когда несмотря на неуспех, он продолжает выбирать задания все более сложные. Это свидетельствует о значительной недостаточности критичности мышления.

В. М. Мясищев (1935) различает две стороны уровня притязаний: объективно-принципиальную и субъективно-личную. Последняя тесно связана с самооценкой, чувством неполноценности, тенденцией самоутверждения и стремлением видеть в показателях снижение или повышение работоспособности. Он указывает, что соотношением этих моментов и определяется уровень притязания больных, особенно при психогенных заболеваниях.

Практика показывает, что исследование при помощи этой методики позволяет обнаружить особенности уровня притязания при таких психических заболеваниях, как шизофрения, циркулярный психоз, психопатия, церебральный атеросклероз, олигофрения.

### ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЧИ

Расстройства речи наблюдаются при многих психических заболеваниях, однако, особенно важное значение они приобретают при решении топико-диагностических вопросов в клинике органических психозов. Исследование

патологическую  
ную д  
стой, а  
предпо  
О с

экспер  
водивш  
го, су  
выявле

Иссл

ной реч  
вильное  
кажени  
слов др  
подыска  
ности.

2. Ис  
счет чис  
цев (в  
стихотво

3. Ан  
гласных  
Обязател  
близкие  
за-са.

Повто  
серии сло  
следуетс  
переключ

Наряд  
гаются б  
Можно п  
лапон) и  
рабоз, зем

Наряду  
(«Летним  
колхозник  
и более сл  
(«За рекой  
нелось пас

4. Назв  
ке, действ



патологии речи значительно облегчает дифференциальную диагностику заболеваний головного мозга сосудистой, атрофической и опухолевой этиологии и позволяет предполагать возможную локализацию очага поражения.

О состоянии функции речи можно судить по данным экспериментально-психологического исследования, проводившегося при помощи обычных методик. Кроме того, существуют специальные приемы, направленные на выявление речевой патологии.

**Исследование экспрессивной речи.** 1. Анализ спонтанной речи выявляет дефекты произношения слов, неправильное объединение слов в фразы (аграмматизм), искажения слов (литеральные парафазии), замены одних слов другими (вербальные парафазии), затруднения в подыскании нужного слова, изменения речевой активности.

2. Исследование автоматизированной речи включает счет чисел по порядку, перечисление дней недели, месяцев (в прямом и обратном порядке), чтение наизусть стихотворений, воспроизведение песни.

3. Анализ повторной речи содержит исследование гласных и согласных звуков, отдельных слогов и фраз. Обязательно следует проверить, как больной повторяет близкие («оппозиционные») фонемы: ба-па, да-та, га-ха, за-са.

Повторение слогов включает в себя произнесение серии слогов (би-ба-бо, бо-би-ба), при помощи этого исследуется возможность удержания их в памяти, а также переключения.

Наряду с простыми словами для повторения предлагаются более сложные — водопровод, квалификация. Можно предлагать бессмысленные (каранчитак, чиколлапон) и несколько видоизмененные слова (шактер, парабоз, землянипа).

Наряду с простым распространенным предложением («Летним утром для уборки урожая на поле вышли колхозники и колхозницы») больного просят повторить и более сложное в логико-грамматическом отношении («За рекой, которая несла куда-то вдаль свои воды, виделось пасшееся на лугу стадо»).

4. Называние предметов, их изображения на рисунке, действий собеседника. Нахождение названий пред-



метов по описанию («синяя жидкость, которую набирают в ручку»).

Нахождение обобщающих названий заключается в определении общего названия для группы предметов (брюки, пиджак, пальто, шапка — одежда).

**Исследование импрессивной речи.** 1. Различение звуков — далеких, дизъюнктивных (л-б, к-т) и близких, оппозиционных (б-п, д-т, з-с, в-ф). Для этого больному называют либо пары фонем (ба-па), либо пары слов, отличающихся одним лишь оппозиционным звуком (бабка-папка, бочка-почка). С этой же целью предлагают больному слова с искажением оппозиционного звука (тым вместо дым) и определяют — заметил ли больной неправильность.

2. Понимание значения слов. Больной должен соответственно называемому слову найти и показать предмет, который этим словом обозначается.

3. Понимание фраз — синтаксически простых и сложных, метафор и пословиц, рассказа.

Следует остановиться на некоторых приемах, обнаруживающих понимание грамматических структур. Исследуется понимание флективных отношений (показать карандашом линейку, карандаш — линейкой и т. д.); атрибутивных конструкций (показать на рисунке — где дочка мама, а где мамина дочка; какая разница между отцом брата и братом отца); отношений, выраженных предлогами (книга на тетради, тетрадь под книгой и т. п.); сравнительных конструкций (слон больше мухи или муха больше слона). Сюда же относятся проба Берта (Ваня старше Пети, но моложе Коли. Кто из них самый старший или самый молодой?); инвертированных конструкций (солнце освещается землей); фраз с двойным отрицанием («Я не привык не подчиняться правилам»).

Методики, направленные на понимание грамматических структур, способствуют выявлению аграмматизма. Кроме того, с этой целью можно пользоваться специальными приемами, предлагая больному для исправления фразу с неправильно переставленными словами («Улице по мчались автомобили») либо фразы, содержащие не согласованные между собой слова («Я люблю своего брата, она мне приносит интересные книги»), либо синтаксически неправильные сложные пред-

ложения  
торопила

В ис  
письменн  
извольн

Обязате

(наприм

Обращае

графий.

щих бли

фонемат

Чтени

(печатно

фразы р

включать

понимает

целью да

зать обоз

ному про

выполнит

текст.

При а

следующе

1. Мо

ственным

иногда из

несколко

пытке отв

ветственно

эмоциона

сится с на

рушено м

длинных ф

Характ

вестовате

существо

вистой («

аграммат

И-на на во

нице. Все

Меньше

Часты п

но наруш



ложения («Навстречу женщине шел ее брат, которая торопилась домой»).

В исследование речи входит и анализ особенностей письменной речи и чтения. Проверяется спонтанное (произвольное) письмо, письмо под диктовку и списывание. Обязательно исследуется автоматизированное письмо (например, фамилия, имя, отчество, адрес больного). Обращается внимание на характер ошибок типа параграфий. Так, введение в текст диктанта слов, содержащих близкие фонемы, позволяет выявить нарушения фонематической дифференцировки.

Чтение проверяется при помощи различных текстов (печатного, написанного от руки), содержащих слова и фразы различной степени трудности. В текст можно включать и неоконченные слова. Следует определить, понимает ли обследуемый прочитанный текст. С этой целью дают прочитать отдельные слова и просят показать обозначаемые ими предметы либо предлагают больному прочесть написанную на карточке инструкцию и выполнить ее, либо же просят пересказать прочитанный текст.

При анализе речевых расстройств обычно пользуются следующей синдромологической систематикой.

**1. Моторная афазия**, характеризующаяся преимущественным нарушением экспрессивной речи, состоящей иногда из отдельных слогов или нескольких слов. Эти несколько слов используются больными при любой попытке ответить на вопрос собеседника, причем им соответственно содержанию вопроса придается та или иная эмоциональная окраска — одно и то же слово произносится с надеждой, горестно, гневно. Понимание речи нарушено меньше, главным образом страдает понимание длинных фраз.

Характерны расстройства грамматического строя повествовательной речи, состоящей преимущественно из существительных, с пропусками слов, лаконичной, отрывистой («телеграфный стиль»). В качестве примера аграмматической речи можно привести ответ больного И-на на вопрос о детях: «Есть. Дочь отдельно. Я в больнице. Все есть».

Меньше страдает автоматизированная речь.

Часты параграфические расстройства, преимущественно нарушения структуры слова и контаминации



(Э. С. Бейн, 1961). Нарушается последовательность звуков в слове, происходит перестановка звуков и слогов («поколот» вместо «потолок», «онок» вместо «окно»). Выпадают отдельные звуки, чаще гласные, и части слова. Некоторые звуки или слоги сдваиваются (редупликация). Наблюдаются явления контаминации — сплавления частей отдельных слов (вместо «золотая голова» — «золовая»). Выражены явления персеверации в устной и письменной речи.

Характерны расстройства письма и чтения. При относительной сохранности списывания страдает главным образом произвольное письмо, тогда как письмо под диктовку нарушено при более тяжелых, так называемых кортикальных формах и возможно при транскортикальных.

Транскортикальные формы афазии клинически отличаются от кортикальных тем, что при них сохраняется повторная речь.

Моторная афазия наблюдается при поражении задней трети нижней лобной извилины доминантного полушария.

**2. Сенсорная афазия**, характеризующаяся нарушением понимания речи при относительной сохранности способности говорить. Больной слышит речь, но понять ее не может. Часто наблюдается многоречивость, болтливость, вплоть до логорреи. При транскортикальной сенсорной афазии повторение слов относительно сохранено, тогда как при кортикальной оно резко нарушено.

Наблюдаются своеобразные парафатические расстройства. При более легких, транскортикальных, формах сенсорной афазии отмечаются преимущественно вербальные парафазии. При более тяжелых, кортикальных, наряду с более частыми, чем при транскортикальной сенсорной афазии, вербальными парафазиями встречаются литеральные. Как правило, чем тяжелее сенсорно-афатические расстройства, тем более часты литеральные парафазии: иногда речь состоит сплошь из парафатически искаженных, грамматически между собой не связанных слов или осколков слов (жаргон-афазия).

Литеральные парафазии характеризуются заменами звуков при сохранении остова слова. В письме соответственно обнаруживаются литеральные параграфии. Выраженность парафатических и параграфических расст-



ройств зависит от степени речевой нагрузки. При этом существенную роль играют испытываемые больными затруднения в различении близких звуков (б-п, д-т, з-с, г-х).

При сенсорной афазии страдают чтение и письмо. В более легких случаях чтение еще возможно, однако, оно происходит без понимания, с многочисленными паралексиями, в более тяжелых — чтение совершенно невозможно. При транскортикальной сенсорной афазии произвольное письмо совершается с ошибками (параграфиями) при сохранности списывания и письма под диктовку, при кортикальной сенсорной афазии грубо нарушены произвольное письмо и письмо под диктовку при сохранности списывания.

Сенсорная афазия наблюдается при поражении задней части верхней височной извилины доминантного полушария.

**3. Амнестическая афазия**, характеризующаяся главным образом расстройствами нахождения нужных слов. Больные обычно многоречивы. Затрудняясь в назывании нужного слова (особенно названия предмета), они активно ищут его. При этом часто сохраняется критическая оценка своей речевой несостоятельности. Обычно недостающее слово заменяется описанием свойств и назначения предмета, который больной не может назвать. Характерны вербальные парафазии, явления персеверации.

Резко нарушается произвольное письмо и письмо под диктовку при достаточной сохранности списывания. Произвольное письмо сводится к воспроизведению лишь автоматизированных энграмм. В письме под диктовку больные записывают лишь две-три начальные буквы, а иногда какой-либо элемент первой или второй буквы. Те же фразы переписываются с образца гораздо лучше, но с явлениями параграфии, персеверации.

Амнестическая афазия наблюдается при поражении теменно-височных и теменно-затылочных отделов доминантного полушария.

**4. Семантическая (смысловая) афазия**, характеризующаяся нарушением понимания смысла грамматически сложных фраз. Затруднено понимание отношений между словами, выражаемых с помощью флексий, атрибутивных конструкций, предлогов, сравнительных конструкций.



Семантическая афазия наблюдается при поражении области на стыке теменной, затылочной и височной долей доминантного полушария.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОГО ГНОЗИСА

С целью исследования оптического гнозиса проверяется характер зрительного восприятия обследуемым предметом и их изображений. При подозрении на агнозию клинико-психологическому исследованию должно предшествовать офтальмологическое, которое бы исключало возможность поражения периферического отдела зрительного анализатора.

При рассматривании предмета или его изображения человек обычно выделяет его существенные признаки и оттормаживает второстепенные, даже если они обладают «оптической интенсивностью».

В процессе исследования обследуемому показывают предметы или их четкие изображения. Иногда исследование можно строить следующим образом: вначале показать рисунок, а затем, если больной его не опознал, — изображенный на рисунке предмет.

При правильном узнавании предметов и их изображений, выполненных в реалистической манере, прибегают к более сложным для восприятия рисункам: силуэтным, либо отражающим пространственную перспективу, либо допускающим различное толкование.

Еще более сложным вариантом исследования зрительного восприятия является показ больному перечеркнутых или наложенных друг на друга изображений — методика Поппельрейтера (приложение XVII, 1, 2).

Для исследования оптического гнозиса пользуются таблицами Равена. Больному показывают таблицы, каждая из которых представляет определенный рисунок и содержит пробел (приложение XVII, 3). Обследуемый должен восполнить этот пробел, выбрав недостающий отрезок из группы внешне схожих. Для этого он должен сопоставить основной рисунок (фон) с рисунками на возможных вариантах вставки.

Существенное значение в исследовании гнозиса имеет описание больным сюжетной картинки.

Оптическая агнозия наблюдается при поражении затылочно-теменных отделов коры головного мозга и



проявляется в нарушении узнавания предметов и их изображений. Эти больные не могут выделить существенный (сигнальный) признак и нередко ориентируются на второстепенные, «оптически яркие» признаки. Поэтому о целостном предмете или изображении они судят по отдельным деталям, не обобщая их. Так, очки при выраженной оптической агнозии принимаются на рисунке за изображение велосипеда.

Несколько отличается от оптической агнозии синдром симультанной агнозии, наблюдающийся при поражении (обычно двустороннем) затылочных и затылочно-теменных отделов коры головного мозга. При этом восприятие отдельных предметов, изображенных на рисунке, не страдает, однако, оказывается нарушенным синтез отдельных элементов в целые группы. Так, больной с симультанной агнозией, рассматривая репродукцию картины «Чаепитие в Мытищах», перечисляет изображенное на ней: «Человек, еще человек, ребенок, женщина... самовар». Однако объяснить сюжет репродукции, охарактеризовать ее в целом он не может.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ПРАКСИСА

Апрактические расстройства выявляются уже в повседневной деятельности больного и характеризуются утратой приобретенных ранее навыков действия. Признаками их являются затруднения при одевании, умывании, пользовании предметами обихода.

В процессе исследования проверяется возможность производить простые движения: высунуть язык, закрыть и открыть глаза, поднять и опустить руки, изменить позу и т. д.; способность производить действия с реальными (зажечь спичку и потушить ее, пользование ключом, закрыть и открыть портфель) и воображаемыми предметами (показать, как открывают штопором бутылку, забивают гвоздь, одевают галстук и т. д.); жестом показать, как грозят пальцем, отдают воинское приветствие; воспроизвести движения стоящего рядом или сидящего напротив врача.

Способность воспроизводить конструктивные действия проверяется специальными приемами: 1) скопировать рисунок из спичек; 2) составить звезду из ромбов;



3) заштриховать в нужном порядке клетки на разграфленной бумаге, шашечной доске и т. д.

Различают моторную апраксию, при которой оказывается невозможным выполнение действий, и идеаторную, при которой страдает замысел действия.

Моторная апраксия характеризуется бессмысленными движениями в ответ на просьбу совершить какое-либо действие. Так, на просьбу застегнуть пуговицу больной поднимает руку либо сжимает пальцы в кулак. При идеаторной апраксии нарушается план действия, переставляются различные его элементы, хотя отдельные элементарные движения не нарушены — больной пытается налить из бутылки в стакан воду, предварительно не вынув пробки; прикуривая, трет папирсой по коробке, а спичку сует в рот.

Выделяют также конструктивную апраксию, заключающуюся в нарушении конструирующих действий — складывания, построения, рисования. Однако следует учесть, что о конструктивной апраксии можно говорить лишь тогда, когда отсутствуют моторная и идеаторная апраксия. Конструктивная апраксия наблюдается при поражении теменно-затылочной области коры головного мозга, главным образом доминантного полушария.



## Глава II

### ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛО- ГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗА- БОЛЕВАНИЯХ

#### ШИЗОФРЕНИЯ

При экспериментально-психологическом исследовании больных шизофренией обнаруживаются своеобразные изменения мышления и аффективно-личностных свойств, их выявление позволяет внести объективные показатели в диагностику шизофрении.

Расстройства мышления при шизофрении описывались клиницистами-психиатрами и психологами. Было обнаружено нарушение образования понятий при шизофрении (Л. С. Выготский, 1956). Последующие исследования (Б. В. Зейгарник, 1958) показали, что у больных шизофренией происходит не распад понятий, а искажение процесса обобщения, когда словесно-логические связи недостаточно опираются на конкретные свойства и признаки предметов и явлений, возникает множество случайных, ненаправленных ассоциаций, отражающих чрезвычайно общие связи.

Больные шизофренией не улавливают существенных связей между предметами и явлениями, не выделяют их существенных признаков и свойств. Однако они не оперируют, как например, больные олигофренией, второстепенными, конкретно-ситуационными признаками. Наоборот существенные признаки они заменяют чрезмерно общими, не отражающими реальной действительности. Часто они оперируют несущественными, формальными признаками («слабыми» по Ю. Ф. Полякову, 1961).

Явления искажения процессов обобщения и отвлечения у больных шизофренией выявляются при исследовании методикой классификации. Распределение карточек на группы производится больными чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений, либо же по несущественным, неадекватным признакам.



Приводим примеры выполнения задания по методике классификации больными шизофренией.

**Больная А.** при выполнении задания руководствовалась окончаниями написанных на карточках слов. Так, в одну группу ею объединяются мак, жук, в другую — морковь, гусь, тетрадь, лошадь. Отдельные группы она подобрала по количеству букв в словах: пила, рыба, коза, слон.

**Больная Ц.** при классификации выделила следующие группы: живые существа женского (овца, лошадь, рыба, кошка, бабочка) и мужского рода (гусь, слон, жук); грибы; неодушевленные предметы мужского (велосипед, стол, стул, пароход, термометр), женского (книга, пила, метла) и среднего (платье) рода; растения мужского (ландыш, мак, арбуз), женского (вишня, береза, слива) и среднего (яблоко) рода; предметы, имеющие лишь множественное число (весы, часы, туфли, ножницы); люди мужского (кузнец, лыжник) и женского (уборщица) рода. В данном случае наглядно видно игнорирование больной существенных связей, вся классификация проведена ею в основном по грамматическому принципу. Весы и часы оказываются случайно в одной группе, но не потому, что они являются измерительными приборами, а в связи с грамматическими особенностями этих слов.

Нередко больные шизофренией при классификации минуют первый этап выполнения задания и сразу же делят все карточки на две (живая и неживая природа) группы.

При выполнении заданий по методике исключения больные также производят обобщение по несущественным, формальным признакам.

Приводим типичные решения заданий.

**Больной Л.** объединяет в одну группу ножницы, катушку и трубку — «все они имеют сквозные отверстия, а наперсток имеет лишь входное отверстие». Он же объединяет весы, очки и часы и исключает термометр — «по принципу общности отношения деталей. Весы, при воздействии факторов внешней среды могут колебаться, у очков можно передвигать ушки, а часы имеют заводной механизм».

**Больной П.** объединяет винт, бурав и пилу и исключает топор — «они врезаются в дерево при помощи последовательного движения, а топор сразу».

**Больной П-к** объединяет очки, часы и весы — «у них у всех в ушках есть шарниры. Кроме того, для них характерна двойственность: в очках два стекла, в часах две стрелки, в весах две чашки».

Легкость актуализации «слабых», чрезмерно обобщенных признаков обнаруживается, когда больному шизофренией предъявляют карточку, где изображены далекие друг от друга предметы. Здоровые в таких случаях



либо отказываются выполнить задание, говоря, что эта карточка не содержит изображений трех предметов, которые можно было бы обобщить, либо дают обусловленно формальное решение («если вы настаиваете, то можно так... но это неправильно»). Больные шизофренией в этих случаях легко производят обобщение и отстаивают правильность решения задачи. Так, например, предъявляется карточка, на которой нарисованы роза, яблоко, шуба и книга. Вот несколько решений:

**Больной С.** — «Роза, яблоко и книга имеют листья».

**Больной Т.** — «Роза висит на стебле, яблоко на ветке, шуба — на вешалке».

**Больной О.** — «Если в грамматике разбираться, то книга, роза и шуба женского рода, а яблоко среднего рода».

При исследовании методикой исключения нередко у больных шизофренией обнаруживаются явления разноплановости мышления. Одно и то же задание больной выполняет в нескольких вариантах (иногда один из них правильный). При этом не отдается предпочтения какому-либо решению.

Так, больная П. одно и то же задание решает двояко: «Можно объединить монету, будильник и карманные часы и выделить стенные часы граненой формы. А можно выделить монету — это все часы по производству, а это деньги. Все это зависит от постановки вопроса. Если по формату то первое решение, а по производству — второе».

**Больной Ж.** объединяет в одну группу солнце, керосиновую лампу и свечу и исключает электрическую лампочку. При этом он рассуждает следующим образом: «Электрическая лампочка слишком пахнет цивилизацией. Цивилизация убила все, что оставалось в человеке хорошего. Вообще-то, нет надобности исключать ни один из этих предметов, но руководствуясь подтекстом, я исключил электрическую лампочку. Кроме того, в ней нет очевидности горения, накала нити. Иначе были бы какие-нибудь лучи подрисованы. Таким образом, здесь могут быть два плана: первый — субъективно-индивидуальный, а второй — обусловленный необходимостью конкретного ответа на прямой вопрос». Задание, требующее обобщения измерительных приборов, больной решает так: «Здесь могут быть три плана. Первый план — я исключаю очки. При этом я руководствуюсь нежеланием слепоты духовной. Очки — это символическая согласованность, свидетельствующая о слепоте. Второй план — при рассмотрении с позиций человеческой необходимости использования в быту — нужны все четыре предмета. Есть и третий план — все эти предметы, кроме весов, являются более единичными, цельными по своей природе».



Эти явления разноплановости наблюдаются и при исследовании больных шизофренией при помощи других экспериментальных методик, предполагающих определенное решение задания в одном направлении (например классификация), так как разноплановость — проявление нарушения целенаправленности мышления (Б. В. Зейгарник, 1958).

Случайные, неадекватные ассоциации обнаруживаются в пиктограммах больных шизофренией. Следует отметить, что методика пиктограмм выявляет нарушения ассоциативного процесса часто тогда, когда они еще остаются незаметными при исследовании другими методиками.

Как известно, методика пиктограмм требует от обследуемого умения уловить общее в слове и рисунке, хотя значение слова само по себе шире, чем то, что можно изобразить рисунком, и значение рисунка шире, чем слова — они должны лишь в какой-то части совпадать (Г. В. Биренбаум, 1934; Б. В. Зейгарник, 1958; А. Р. Лурия, 1962). Обнаруживаемые при исследовании методикой пиктограмм у больных шизофренией расстройства соотношения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем. Этим же можно объяснить и то обстоятельство, что для больных шизофренией неравнозначными оказываются предметный и словесный варианты методики исключения. В подавляющем большинстве случаев значительно легче выполняются задания по словесному варианту и обнаруживается множество ошибочных суждений при исследовании предметным вариантом методики исключения.

Т. И. Тепеницына (1961) отметила различие в выполнении психически больными заданий по методикам словесной и предметной классификации — значительно больше трудностей больным доставляет выполнение предметной классификации. Объясняет она это тем, что предметный вариант содержит больше элементов, провоцирующих несущественные ассоциации. Это обстоятельство, несомненно, играет роль и в том, что больные шизофренией чаще обнаруживают ошибки при предметном исключении, чем при словесном. Однако можно предполагать, что неправильность решения больными шизо-



френией заданий по предметной классификации обусловлена не только этим. При предметном исключении в заданиях представлены абстрактные и конкретные признаки — раздражители, и поэтому легче, чем при словесном исключении (где речь идет лишь об абстрактных понятиях) выявляется, как и в пиктограммах, нарушение взаимодействия сигнальных систем.

При исследовании методикой пиктограмм больных шизофренией нередко отмечается своеобразная легкость, с которой они подбирают образы для опосредования. Пиктограммы, особенно к словам абстрактного содержания, не представляют для них той трудности, что для больных с интеллектуальной недостаточностью, вследствие органического поражения мозга.

Приводим примеры пиктограмм больных шизофренией.

<i>Заданное слово</i>	<i>Больной</i>	<i>Рисунок</i>	<i>Объяснение</i>
Справедливость	Л.	Солнце	Все могут ходить под солнцем
	П.	Две ровные линии	Это борьба равных
	И.	Окружность с точкой в центре	Здесь все точки на окружности равно удалены от центра
Счастье	Ш.	Плюс	Счастье всегда положительно
	С.	Две вертикальные линии	Полнота счастья вдвоем
Болезнь	Н.	Пунктирная линия	Не все гладко... Разрывы в памяти или в мозгу
Дружба	С.	Знак равенства	Откровенная искренность
	К.	Папиросы	Есть такие папиросы „Дружба“
Печаль	П.	Книга	В книге Рокуэла Кента есть печаль, сомнения, мировая скорбь
	С.	Минус	Печаль об утерянном
	Л.	Водная поверхность	Обычно слезы соленые, как морская вода
Сомнение	Ж.	Спираль	Сомнения никогда не кончаются, они постоянны, пребывают в процессе развития, приобретают латентность. Спираль может быть латентна в своем развитии



Заданное слово	Больной	Рисунок	Объяснение
Обман	Л.	Транзисторный приемник	Везде эти приемники вызывают сомнение — много неисправностей, сборка затруднительна
	К.	Пуговица	Я не хочу вам это объяснять, не поймете
	Р.	Мужчина	Это вор. Воры в большинстве мужчины

Иногда вся пиктограмма представлена чрезмерно отвлеченно абстрактными значками, например, у больного П.

Заданное слово	Рисунок	Объяснение
Счастье	→	Счастье в динамике
Разлука	↓ I	Разлука навсегда
Победа	— ↑	Это взрыв радости
Любовь	— ↑	То же самое
Горе	←	Горе — это прошлое
Вражда	→ ←	Вражда прошлого с настоящим
Обман	←	То же в прошлом

Такие формально-схематические пиктограммы наблюдаются только у больных шизофренией. По Г. В. Биренбаум, (1934) они отображают характерную для мышления этих больных «пустую» символику — это не присущая здоровым способность абстрагировать, являющаяся высшим проявлением психической деятельности, а вычурный, формальный способ искаженного отражения действительности, обусловленный аутизмом больного шизофренией.

Неадекватные ассоциации наблюдаются и в словесном эксперименте. Речевая реакция в этих случаях связана не со словом-раздражителем, а с каким-нибудь посторонним раздражителем (зрительным, звуковым). Атактическая речевая реакция вообще не обусловлена наличием конкретного внешнего раздражителя.

У больных шизофренией в словесном эксперименте нередко так называемые низшие, примитивные (по А. Г. Иванову-Смоленскому, 1928) речевые реакции: эхололические, отказные, по созвучию. Причем количество их обычно возрастает с течением процесса. Иногда удается обнаружить соответственно содержанию бреда наличие неиндифферентных словесных раздражителей.



При воздействии их оказывается заметно увеличенным латентный период, речевая реакция многословна, отражает бредовые переживания больного. Так, при ипохондрической форме шизофрении такими неиндифферентными раздражителями оказываются названия болезней и внутренних органов, в которые больные проецируют испытываемые ими неприятные ощущения.

В словесном эксперименте нередко обнаруживается и своеобразное изменение восприятия больными шизофренией слов. Слова для них приобретают множественное значение в связи с различной трактовкой их составных элементов. В этих случаях можно говорить о расшатывании смысловой структуры слова (патологический полисемантизм по М. С. Лебединскому). Примером этого может служить следующая ассоциативная пара в словесном эксперименте: мужество — холостяк.

С преобладанием случайных, несущественных ассоциаций, с актуализацией «слабых» признаков предметов и явлений связаны и наблюдающиеся у больных шизофренией явления бесплодного мудрствования — резонерства. Б. В. Зейгарник (1958) считает, что для шизофренического резонерства характерна облегченная актуализация выхолащенных словесно-логических связей в сочетании с их инертностью при недостаточной критичности, т. е. речь идет о сочетании искажения уровня обобщения с нарушениями последовательности и критичности мышления.

В результате специального патопсихологического исследования Т. И. Тепеницына (1965) описала структуру резонерства. Психологический анализ позволил ей установить наличие в структуре резонерства следующих компонентов. Во-первых, слабость суждений — выхолащенность ассоциаций, потеря целенаправленности, соскальзывание. Во-вторых, неременное условие возникновения резонерства — аффективные изменения, проявляющиеся в аффективной неадекватности выбора предмета обсуждения, в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большим обобщениям по поводу относительно незначительных объектов суждения. Из аффективных изменений выводит Т. И. Тепеницына и такую особенность резонерства, как многоречивость, указывая, что это следствие неадекватной позиции больного к ситуации. Отсюда же многозначительность и своеобразный неуместный пафос высказываний.



Мы уже приводили образцы резонерских суждений больных шизофренией, наблюдающихся при выполнении ими заданий по методикам исключения, пиктограмм. Особенно легко выявляется резонерство при помощи методики определения понятий. Приведем примеры такого рода резонерских формулировок.

«Пальто — предмет элегантности, которая подчеркивает вкус носящего. Кроме того, иногда пальто защищает от холода и атмосферных влияний».

«Дружба — это ассоциация нескольких взаимно одинаково развитых людей. В противном случае, они, если дружащие находятся в неодинаковой стадии развития своего интеллекта, не будут друг друга понимать, и дружба превратится в недружелюбие».

«Лошадь — это животное, которое в дореволюционной России заменяло труд человека во многих трудоемких процессах его работы, а также являлось предметом восхищения любителей».

Выступает резонерство и при объяснении больными смысла прочитанных рассказов. Вот как был понят больным шизофренией рассказ «Колумбово яйцо»: «Колумб, прежде чем отправился в экспедицию, все предварительно взвесил, ибо самое трудное это подготовка к экспедиции, а не свершение. Что касается яйца, то теоретически оно не может стоять вертикально, так как разбитое яйцо — это уже не яйцо. Дело в том, что яйцо — это идея путешествия. Идеи бывают разные — осуществимые и неосуществимые. Поставив яйцо вертикально, Колумб продемонстрировал согражданам превращение идеи неосуществимой в осуществимую».

Представляет интерес понимание больными шизофренией переносного смысла пословиц. При наличии уже выраженного шизофренического дефекта скрытый смысл пословиц оказывается для больных недоступным — пословица трактуется формально. Приведем примеры:

Один в поле не воин. — Одному в поле скучно.

Яблоко от яблони недалеко падает. — Яблоко, как и все в природе, подчиняется закону Ньютона о всемирном притяжении.

Как аукнется, так и откликнется. — А. — Это речь идет о лесном эхо.



Б.—Мать всегда откликается на плач ребенка.

Не все то золото, что блестит.—Золото является золотом среди металлических изделий, а уголь среди истопных. Нефть — тоже золото, только черное.

Однако нередко (при меньшей выраженности шизофренического дефекта) больные, оперируя прежним жизненным опытом, дают правильное толкование пословиц. В этих случаях результативным является соотнесение пословиц с фразами. Наряду с правильными обнаруживаются ошибочные решения, часто по формально-лексическому сходству, например:

Не все то золото, что блестит.—Художник сделал статуэтку с позолоченной головой.

Цыплят по осени считают.—Цыплята вырастают к осени.

Иногда отсутствует и формальное сходство между пословицей и фразой. Объяснение больными своего решения задания оказывается паралогическим, резонерским. Так, больной О. отнес к пословице «Плохую овцу из стада вон» фразу «Если сам отрезал неправильно, не следует винить ножницы». Мотивирует он это следующим образом: «Это две фразы, характеризующиеся однотипностью отношения к объекту. Плохую овцу удаляют из стада. А если отрезал неправильно, то в досаде отбрасывают в сторону ножницы. Здесь однотипным является то, что объект, который удаляется, виноват».

Обычно соотношения пословиц и фраз позволяют выявить и разноплановость — к одной и той же пословице больные относят несколько фраз и ни одной из них не отдают предпочтения, каждый вариант решения они считают правильным. В тех случаях, когда такие ошибочные суждения единичны, эпизодичны, можно говорить о «соскальзываниях». «Соскальзывания» наблюдаются у больных шизофренией при их относительной сохранности. Б. В. Зейгарник (1962) относит «соскальзывания» к нарушениям логического хода мышления и характеризует



их следующим образом: правильно решая какое-либо задание или адекватно рассуждая о каком-либо предмете, больные неожиданно сбиваются с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способны продолжать рассуждение последовательно, не исправляя допущенной ошибки.

Эти «соскальзывания» внешне напоминают явления непоследовательности суждений, наблюдающиеся при астенических состояниях. Однако у больных шизофренией ошибочные суждения возникают вне связи с истощаемостью, они обусловлены своеобразным нарушением ассоциативного процесса, не корригируются последующим. Даже после разъяснения выполнения задания обследуемый по-прежнему отстаивает свое решение, приводя резонерские, паралогические мотивировки. Кроме того, у больных шизофренией не удается уловить определенной связи между степенью трудности задания и появлением ошибочных суждений.

«Соскальзывания» легче обнаруживаются при исследовании методиками, содержащими множество примерно одинаковых по трудности заданий (классификация, исключение, образование аналогий и т. д.). Так, правильно выполняя задания по методике исключения, обследуемый внезапно в одном из примеров объединяет катушку, трубку и наперсток и исключает ножницы («по продолговатости, по вытянутости трубки»). Последующие более трудные задания он выполняет правильно. Когда обследующий объясняет правильное решение, обследуемый говорит, что можно это задание выполнить по-разному и отстаивает свое ошибочное суждение. При отнесении фраз к пословицам у больных шизофренией также нередко наблюдаются «соскальзывания», примеры которых приводились выше.

Для диагностики шизофрении представляется важным исследование проявления эмоций у обследуемого. Характеристика эмоциональной сферы больных в клинике обычно является результатом субъективной оценки врачом поведения больного и его взаимоотношений с окружающей средой. В связи с этим понятно значение возможности объективно регистрировать в патопсихологическом эксперименте эмоциональные расстройства у психически больных, и, в первую очередь, у больных шизофренией. Особенно трудно бывает оценить эмоцио-



нальность больных с еще не сформировавшимся грубым эмоциональным дефектом (неопределенный тип аффекта — по Я. П. Фрумкину и И. Я. Завилянскому).

Впечатление об эмоциональных особенностях обследуемого складывается в процессе самого экспериментально-психологического исследования, даже без применения специальных методик. При этом учитывается характер установления контакта с обследуемым, его отношение к ситуации эксперимента, интерес к оценке обследующим его решений. Больные шизофренией часто безразлично относятся к экспериментально-психологическому исследованию, замечание обследующего о неправильности избранного метода решения заданий не влияет на дальнейшую деятельность больного. Эмоциональные расстройства, наряду с искажением процесса обобщения, играют определенную роль в том, что ошибочные суждения больных шизофренией в эксперименте не корректируются. В определенную связь с эмоциональными изменениями можно поставить и тот факт, что у больных шизофренией, не обнаруживающих расстройств памяти, в ряде случаев в эксперименте отмечается ослабление запоминания. Результаты выполнения больным пробы на запоминание зависят от настойчивости обследующего.

О нарушениях эмоциональной деятельности в определенной степени можно судить по результатам методик, направленных на изучение характера ассоциаций. При этом больше данных удастся получить при использовании методик, менее жестко определяющих решение задания, т. е. содержащих элементы прожективности (словесный эксперимент, пиктограммы). Как правило, набор слов-раздражителей должен включать слова, насыщенные эмоциональным содержанием (печаль, счастье, страх, любовь и т. д.). Особенно показательны в этом аспекте результаты исследований больных шизофренией методикой пиктограмм. Избираемые больными для опосредованного запоминания образы оказываются лишенными эмоционального содержания, а их связь со словом-раздражителем мотивируется больными по-резонерски, с учетом не столько существенных, сколько «слабых» признаков.

Существенные результаты в исследовании личностно-аффективных особенностей больного обнаруживаются при предъявлении картинок, отличающихся сюжетной



незавершенностью и большой эмоциональной насыщенностью (вариант так называемой прожективной методики ТАТ — Б. В. Зейгарник, Н. К. Киященко, 1965). При этом больные шизофренией либо ограничиваются перечислением элементов рисунка, либо дают формально-абстрактную его характеристику, нередко оторванную от конкретного содержания рисунка. Как правило, отсутствует субъективное отношение к содержанию рисунка, стремление как-то интерпретировать его содержание, не выделяется эмоциональный подтекст рисунка.

В качестве примера приводим описание картины художника Маковского «Объяснение».

Больной К. «Девушка. Семья. Они в своем доме. Между ними есть что-то общее».

Больная Н. «Молодой человек пришел к девушке. Очевидно, какая-то сцена. По всей видимости, семейная драма или интрижка».

Больной П. «Молодая чета в музее».

Больной С. «Она играет, а мужчина безразлично смотрит. А может быть он и поет».

Больной Н. «Впечатление после музыки».

Такой же характер носят и описания больными шизофренией специальных рисунков серии ТАТ (приложение XVI):

Больной С. «Женщина наблюдает в музее произведения искусства. Ребенок со скрипкой. Ему, очевидно, хочется играть».

Больной Н. «Женщина сидит, пассивно задумавшись, а мальчик думает активно: он над скрипкой сидит».

Больной Т. «Мальчик, очевидно, поиграл на скрипке, а теперь отдыхает после занятий музыкой».

Больной В. «Женщина сидит у окна. Ленивый парень. Разве можно с инструментом так сидеть. Искусство нужно любить».

Изменение личностной позиции больных шизофренией обнаруживается и при исследовании у них уровня притязаний. Деятельность их характеризуется безразличным отношением к результатам, к положительной или отрицательной оценке обследующим выполнения задания. Результаты предыдущего этапа мало влияют на выбор больными последующих заданий. Эти же особен-



ности вообще характеризуют деятельность больных шизофренией при экспериментально-психологическом исследовании.

### ОЛИГОФРЕНИЯ

Под олигофренией понимают группу заболеваний различной этиологии, общим и типичным для которых является психическое недоразвитие. В первую очередь это проявляется в недостаточности интеллекта и характеризуется синдромом относительно стабильного, непрогрессирующего слабоумия. Однако, недостаточность интеллекта не исчерпывает всей картины олигофрении. У больных олигофренией отмечается недоразвитие эмоциональности, моторики, восприятия, внимания.

Олигофреническое слабоумие является своеобразным. Оно отличается от слабоумия вследствие приобретенных в зрелом или пожилом возрасте органических заболеваний головного мозга. При последних происходит распад уже имевшихся психических свойств, а при олигофрении эти свойства не развиваются. В первую очередь это относится к наиболее поздним в филогенетическом отношении проявлениям психической деятельности. Так, для больных олигофренией характерны недоразвитие, недостаточность абстрактного мышления. Мышление их носит преимущественно конкретный характер. Следует отметить, что эта особенность мышления различно выражена у разных больных и находится в прямой связи с глубиной слабоумия.

Обычно объектом экспериментально-психологического исследования оказываются дебилы. Имбецилы и идиоты специальным патопсихологическим исследованиям, как правило, не подвергаются. При исследовании дебилов важно не только установить факт интеллектуального недоразвития, но и определить глубину его. Особенно часто этого требуют вопросы судебно-психиатрической и военной экспертизы.

Мышление олигофренов характеризуется недостаточностью уровня процессов обобщения и отвлечения. Суждения больных при решении экспериментальных заданий носят конкретно-ситуационный характер. Им не удается отвлечение от конкретных, частных признаков и выделение существенных, т. е. недостаточным оказывается аб-



страгирование, возможность образования новых понятий.

Эти особенности олигофренического мышления обнаруживаются при исследовании различными методиками, особенно классификацией. В одну группу больные объединяют предметы, которые в их представлении связаны с определенной, конкретной ситуацией. Так, они легко объединяют в одну группу предметы мебели, но нередко к ним относят чернильницу («Она на столе стоит») и книгу («Раз этажерка здесь, значит и книгу сюда надо»). Крайне трудным оказывается для таких больных образование групп по более абстрактным признакам, например, выделение измерительных приборов. Еще более трудным представляется следующий этап классификации, требующий объединения ряда групп в более крупные, собирательные, когда приходится объединить отдельно живые существа, растения и неживые предметы. Больные в этих случаях считают невозможным объединение в одну группу мебели, транспорта и инструментов, не понимают, как можно объединить вместе животных и людей.

Аналогичные данные получаются при исследовании методикой исключения. Решения заданий также носят конкретный характер, опираются на выделение часто второстепенных, ситуационных связей. Так, объединяются в одну группу портфель, чемодан и книга («Книгу можно носить в портфеле и чемодане», «Школьники пользуются либо портфелем, либо чемоданом — носят в них учебники»); велосипед, мотоцикл и тачка («Они ездят по земле, а лодка на воде»). Некоторые задания вообще представляются невыполнимыми. Так, о весах, очках, термометре и часах обследуемые говорят, что они все разные и среди них нельзя выделить три предмета, имеющие что-то общее; они не могут противопоставить кровать другим видам мебели, предназначенным для хранения чего либо, — шкафу, комоду и этажерке; точно так же дебилы часто не могут противопоставить солнце искусственным источникам света.

Недостаточность уровня процессов обобщения и отвлечения у дебилов выявляются при исследовании возможности определения понятий. Как правило, определение понятий проводится многословно, на основе второстепенных, несущественных признаков. Так, определяя



понятие «стол», больные характеризуют его по материалу, из которого он сделан, по наличию четырех ножек, в лучшем случае по предназначению («чтоб кушать или писать»), но никогда не указывают его родовых признаков. Следует, однако, помнить, что в некоторых случаях определение понятий может вызвать затруднения не только у дебилов, но и у малокультурных людей (психически здоровых), не привыкших к таким мыслительным операциям. В то же время в беседе или в процессе дальнейшего исследования обнаруживается, что данное понятие у обследуемого достаточно развито и представления о нем достаточно дифференцированы.

Характерные для дебилов данные получаются обычно при исследовании их методикой сравнения понятий. Если различие между понятиями больным еще удастся установить (по внешним мало существенным признакам), то общее между ними они выделить не могут. Например, больной Ш., сравнивая стол и стул, говорит: «Нет ничего между ними общего, это разные вещи. А разница в том, что стол большой, а стул маленький. На стуле сидят, на столе едят». При сравнении лошади и собаки: «Не знаю, что между ними общего. Лошадь кушает сено и на ней сидят, а собака ест мясо и на ней не ездят». При сравнении дождя и снега: «Что же общего? Это разные вещи. Дождь льет как из ведра, а снег пухом белым летит».

Следует отметить, что при исследовании методикой исключения дебилы легче выполняют задания, если инструкция предусматривает исключить один, отличающийся от других предмет, чем при указании найти три предмета, имеющих между собой что-то общее.

С. Т. Храмцова (1965), специально исследовавшая методикой сравнения понятий детей-олигофренов, обнаружила у них, помимо неспособности выделить главные черты понятий и соотнести их к обобщающему понятию, следующее:

1) сравнение проводится по несоответствующим признакам.

Лыжи-коньки. «Коньки острые, а лыжи деревянные»;

2) недостаточно полное представление о вещах, измышления, свидетельствующие о скудности сведений.

Лошадь — корова. «Лошадь бежит, а корова мычит.



Корова дает молоко, а лошадь сено. Корова пасется, а лошадь нет».

У дебилов значительно затруднено формирование искусственных понятий. Так, при исследовании по методике А. Ф. Говорковой (1962) обследуемые могут отдельно выделить признаки, на основе которых формируется искусственное понятие — форму, цвет, но не могут объединить оба этих признака и на этой основе выделить искусственное понятие. Такие же затруднения испытывают олигофрены при классификации цветных фигур. Они проводят классификацию по отдельным признакам — форме, цвету и величине (с несколько большими затруднениями), но классифицировать по двум признакам (например, по форме и цвету) они не могут, так как для этого надо объединить два признака и игнорировать третий.

Понятно, что затруднения обнаруживаются при решении дебилами заданий по методикам выделения существенных признаков, образования аналогий, выделения закономерностей, образования пиктограмм.

При необходимости выделения существенных признаков дебилы нередко в качестве их выделяют второстепенные, необязательные. В ряде заданий решение обусловлено привычными ассоциациями: деление — класс, игра — карты.

Ошибки при образовании аналогий у дебилов обусловлены не только трудностью установления логических отношений, но и известной инертностью психических процессов — последующее задание больной пытается решить по аналогии с предыдущим.

Образование пиктограмм оказывается возможным лишь при конкретном характере называемого для запоминания слова («вкусный ужин», «тяжелая работа»). Очень трудными для опосредования являются абстрактные понятия («печаль», «развитие», «сомнение»).

У олигофренов отмечается нарушение понимания переносного смысла пословиц и метафор.

Приводим примеры трактовки больными-дебилами переносного смысла пословиц.

Больной Ш. «Семь раз отмерь, один раз отрежь». «Так надо, чтобы не испортить материю. А кто два раза отрежет, тот испортит».



Больной Б. «Шила в мешке не утаишь». «Шило имеет острый конец, обязательно проколет».

«Лес рубят, щепки летят». «Хорошо работают, с азартом. Когда лес рубят, то ни о чем не думают. Рубить — так рубить».

Больной К. «Яблоко от яблони недалеко падает». «Я не согласен, если сильный ветер или если дерево на горе стоит, то яблоко может упасть далеко».

Последний пример совпадает с другими, когда больной, даже понимая переносный смысл пословицы, не соглашается с ней, так как возможны отдельные ситуации, как бы опровергающие эту пословицу. Отвлечение от этих конкретных ситуаций для больных очень затруднительно.

Иногда больные не могут объяснить переносного смысла пословиц, но правильно подбирают к ним фразы из числа предъявленных обследующим, которые служат как бы подсказкой. Это свидетельствует о том, что перед нами больной с умеренной степенью дебильности, так как при выраженной дебильности этот вариант методики для больных более труден, чем просто объяснение значения пословицы.

Оказывается затрудненным понимание смысла рассказов, сюжетных рисунков. При глубокой дебильности больные вовсе не понимают их смысла, при легкой степени — поверхностно пересказывают рассказ или описываемый рисунок. Так, больной Б. после подробного близкого к тексту пересказа «Колумбова яйца» заявляет: «Ничего особенного здесь нет. Он хотел доказать, что яйцо может стоять на столе, на плоской поверхности».

Еще более трудно для больных-дебилов установить последовательность событий по серии рисунков. При глубокой дебильности обследуемые не в состоянии установить развитие сюжета даже по весьма несложной серии рисунков. Они раскладывают рисунки в случайном порядке и описывают каждый отдельно. При этом описание нередко сводится к простому перечислению деталей. Иногда обследуемые в общих чертах улавливают сюжет, но отдельные рисунки они помещают неправильно.

Так, поняв, что на рисунках изображено бегство мальчика от волков (приложение VII, 1), обследуемый первый рисунок помещает в конце серии: «Мальчика сняли с дерева, волков прогнали, и он опять пошел в школу». Разумеется, при легких степенях дебильности такие задания выполняются без особого труда, но уже неко-



торое усложнение задания выявляет их несостоятельность. Явственно обнаруживается несостоятельность таких больных при предъявлении серий рисунков Бидструпа, особенно когда последний рисунок серии объясняет смысл предыдущих (приложение VII, 3). Дебилам не удается такого рода ретроспективный перенос.

Вот как описывается больным эта серия рисунков: «Идет мужчина. Там коровы пасутся. Дерево стоит. Солнышко ярко светит. Вдалеке дома виднеются. Ему жарко стало. Повесил он на дерево пиджак и шляпу. Разул ботинки и лег спать. Что-то хорошее ему снилось. Он спит и смеется-смеется. А потом проснулся. А потом к нему корова подошла и стала лизать ему ногу — он ведь был босиком». Этот же больной следующим образом передает содержание серии рисунков Бидструпа «Индивидуальность» (приложение VII, 4): «Идет мужчина. Как будто на работу. Навстречу ему идут трое мужчин. А вот он уже пришел с работы домой, заросший. Стоит около умывальника и смотрит в зеркало. Через некоторое время у него выросла борода, и когда он с ней пришел на работу, все сотрудники удивлялись и смеялись. А потом и они все начали отращивать бороды и усы. Он, наверно, сказал, что такая мода пошла. Потом он побрился, постригся. Захотелось ему так. А все смотрят на него, удивляются: «Чего он сбрил бороду?» И тогда удивлялись, когда он отпустил бороду, и сейчас удивляются». Крайне обстоятельно пересказывая отдельные рисунки, обследуемый все же не уловил основного: желание изображенного на них человека быть оригинальным.

Чем глубже выражена дебильность, тем беднее оказывается лексикон больного. Однако некоторые дебилы оперируют при довольно быстром темпе речи кажущимся относительно большим словарным запасом (О. Е. Фрейеров, 1964; Г. Е. Сухарева, 1965). Анализ показывает, что за многословием этих больных скрывается в самом деле довольно бедный словарный запас. Речь их изобилует словесными штампами, в ней часто неверно употребляются слова, лишённые в представлении больного адекватного содержания («пустая словесная абстракция» по Г. Я. Трошину). Это легко установить исследованием по методике подбора антонимов, когда проверя-



ется не только словарный запас, но и соответствие слов определенному содержанию.

О некоторых особенностях личности олигофренов позволяют судить исследования уровня притязаний у них. Обычно на выбор последующего задания влияет успех или неудача в решении выполняемого в настоящее время. У олигофренов (Л. В. Викулова, 1965) такая самооценка в процессе исследования не вырабатывается. Они совершенно бездумно берут попавшуюся под руку карточку и не проявляют какой-либо эмоциональной реакции на неудачу в выполнении задания. У олигофренов с менее глубокой степенью дебильности уровень притязаний вырабатывается к концу исследования. Такие больные в начале совершенно не соотносят выбор сложности

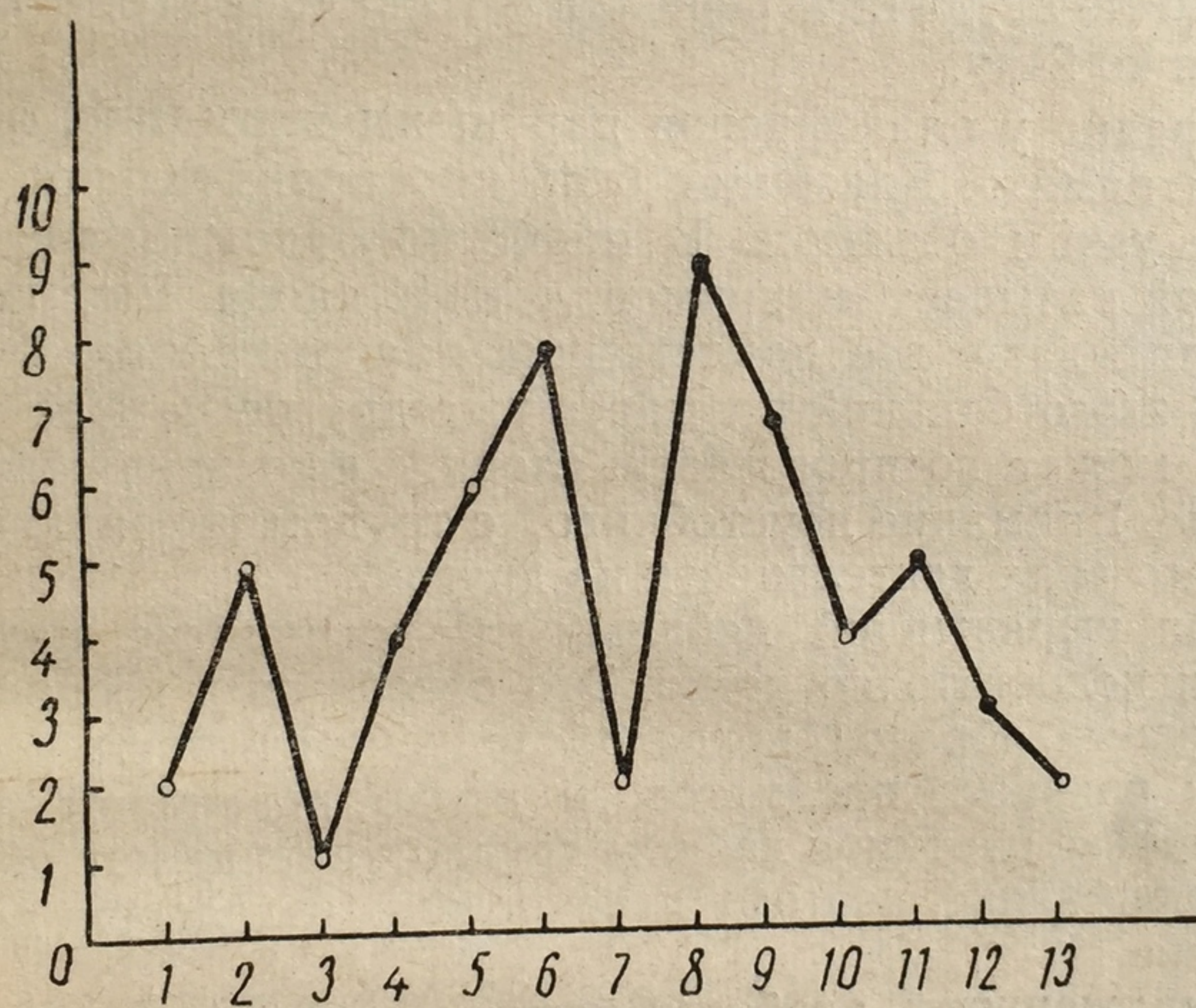


Рис. 2. Кривая уровня притязаний больной Д. По вертикали — последовательность заданий (следовательно, и степень трудности), по горизонтали — очередность „ходов“.

последующего задания с успехом или неудачей в решении настоящего, и лишь в конце опыта они начинают



при успехе брать более трудные, а при неуспехе — более легкие задания.

Существенно отличается уровень притязаний у детей, перенесших в прошлом органическое поражение головного мозга и обнаруживающих психопатоподобные черты характера. В качестве примера можно привести кривую уровня притязаний больной Д., 17 лет, перенесшей в детстве болезнь Фридрейха (рис. 2). Впоследствии на фоне легкой интеллектуальной недостаточности степени умеренной дебильности девочка обнаружила психопатоподобные черты характера и поступила в больницу с развившимся в связи с психогенией синдромом бредоподобных фантазий. Кривая (успешные решения обозначены светлым кружком, неуспешные — черным) показывает значительную лабильность уровня притязаний больной. Так, после неудачи в решении 9-го задания она возвращается ко 2-му.

Нередко у олигофренов нарушены внимание, восприятие и память. Внимание, особенно произвольное, отличается узким объемом. В пробе на запоминание такой больной называет, например, четыре слова. Ему повторно зачитывают все подлежащие запоминанию слова. После этого больной называет уже другие четыре слова, но не может воспроизвести слова, называвшиеся им прежде. Внимание неустойчиво, с трудом переключается с одного вида деятельности на другой.

При выраженной дебильности восприятие недоразвито и недостаточно четко. Это относится к восприятию зрительных образов, когда обследуемые путают изображения похожих предметов и плохо различают цвета. При показе картинок дебилы трудно улавливают целостное содержание, поэтому перечисляют отдельные детали рисунка.

Выраженность слабости памяти часто соответствует степени слабоумия. Чем глубже дебильность, тем более заметна недостаточность памяти. Подтверждением этого служат данные, получаемые при обследовании дебилов методикой заучивания десяти слов. Представляет интерес соотношение между механической и логической памятью. При легкой степени дебильности между показателями, характеризующими оба вида памяти, нет существенной разницы. Зато при выраженной дебильности механическая память страдает меньше. Больным с



глубокой степенью дебильности опосредствованное заучивание очень трудно, а проба на ассоциативную память дается труднее, чем заучивание десяти слов — ассоциации в парах слов этими больными не улавливаются и поэтому задание оказывается для них большим по объему (содержит двадцать слов).

Эта методика может быть использована в тех случаях, когда надо решить вопрос о глубине интеллектуальной недостаточности. Следует отметить, что этот вопрос имеет большое практическое и в первую очередь экспертное значение. Решается же он лишь при всестороннем исследовании с привлечением как можно бóльшего числа методик. Кроме того, различные методики должны использоваться в нескольких вариантах — более легких и более трудных. Существенное значение приобретает попытка обследующего корригировать суждения обследуемого. Успешность коррекции свидетельствует о более легкой степени дебильности.

### ЭПИЛЕПСИЯ

При экспериментально-психологическом исследовании больных эпилепсией обнаруживаются характерные изменения мышления, речи и памяти.

Существенно изменяется темп психических процессов. У большинства больных эпилепсией они оказываются в различной степени замедленными, наряду с явлениями общей брадикинезии. Показательно в этом отношении исследование при помощи таблиц Шульте. Здоровые затрачивают на поиск чисел в одной таблице в среднем 40 — 50 сек., больные эпилепсией — 1,5 — 2,5 мин. и более. При этом отмечается равномерность темпа выполнения задания: на каждую таблицу затрачивается примерно одинаковое время. Приведем пример.

*Номер таблицы. Затраченное время*

Больной В.

I	1 мин. 18 сек.
II	1 мин. 34 сек.
III	1 мин. 19 сек.
IV	1 мин. 31 сек.
V	1 мин. 27 сек.



Больной К.

I	5 мин. 35 сек.
II	5 мин. 19 сек.
III	5 мин. 18 сек.
IV	5 мин. 32 сек.
V	5 мин. 29 сек.

При этом, как правило, не обнаруживается увеличения времени, затрачиваемого на каждую последующую таблицу, как у больных церебральным атеросклерозом. Отсутствуют и присущие больным атеросклерозом сосудов головного мозга неравномерность темпа поиска чисел в пределах таблицы.

Уже в начальной стадии эпилепсии отмечаются изменения подвижности нервных процессов, явления инертности психической деятельности. Эти особенности легко обнаруживаются в пробе на переключение. Так, при попеременном прибавлении к заданному числу двух других отмечаются ошибки чередования. Последние обнаруживаются и при попеременном назывании к заданным словам антонимов и синонимов.

В этом отношении характерны результаты исследования методикой попеременного называния пар одушевленных и неодушевленных предметов. У больных эпилепсией обнаруживается ограничение называемых предметов рамками одного понятия (например, называются одни лишь домашние животные в качестве одушевленных либо мебель и окружающая обстановка в качестве неодушевленных), частое повторение одних и тех же слов, иногда (чаще в начале задания) — неправильное чередование пар слов. Например:

Больной Л. брат — сестра — 34 сек.  
стол — стул — 12 сек.  
кошка — собака — 18 сек.  
стол — стул — 23 сек.  
птица — рыба — 13 сек.  
дом — хата — 18 сек.  
люди — звери

Больной П. кошка — медведь — 4 сек.  
стул — стол — 22 сек.  
медведь — собака — 6,5 сек.  
корова — Инструкция о необходимости чередования

Ина  
ректур  
ше вре  
ние пер  
что наб  
В этом



стул — стол — 10,5 сек.  
 корова — кошка — 7 сек.  
 этажерка — чемодан — 23 сек.  
 собака — кошка — 19 сек.  
 книга — тетрадь — 18 сек.  
 человек — корова — 16 сек.  
 чемодан — пуговица

При выраженном эпилептическом слабоумии и олигофазии больные нередко прибегают к называнию собственных имен близких им людей. Например, больной Б.

голубь—голубка	— 9 сек.
хата—сарай	— 9 сек.
корова—бык	— 2 сек.
береза—сосна	— 3,5 сек.
Люба—Толя	— 3,5 сек.
тополь—береза	— 5 сек.
волк—лиса	— 3,5 сек.
яблоня—груша	— 29 сек.
кот—мышь	— 3 сек.
шило—ножницы	— 5 сек.
котенок—щенок	— 4,5 сек.
шило—иголка	— 3 сек.
Люба—Петя	— 8 сек.
наперсток—иголка	

Явления инертности психической деятельности у больных эпилепсией отчетливо выступают при исследовании методикой корректурной пробы с переключением. Выше отмечалось, что здоровые вторую половину задания, содержащую элементы переключения внимания, выполняют примерно за то же время, что и первую, или даже быстрее.

Приводим примеры.

Обследуемые  
(здоровые, контрольная группа)

	I половина	II половина
С.	4 мин. 3 сек.	4 мин. 2 сек.
Х.	4 мин. 7 сек.	3 мин. 47 сек.
Ш.	3 мин.	2 мин. 53 сек.
Ч.	3 мин. 36 сек.	3 мин. 34 сек.
П.	3 мин. 43 сек.	3 мин. 51 сек.

Иная картина при эпилепсии. Нередко уже сама корректурная проба без переключения требует гораздо больше времени — от 5 до 6 мин. 45 сек. Введение же в задание переключения значительно удлиняет его выполнение, что наблюдается даже на начальных этапах эпилепсии. В этом отношении показательны следующие данные:



Больные	I половина	II половина
К.	5 мин. 26 сек.	6 мин. 42 сек.
А.	5 мин.	8 мин. 13 сек.
Ш.	5 мин. 45 сек.	8 мин. 11 сек.
З.	5 мин. 20 сек.	6 мин. 16 сек.

Кроме того, во второй половине опыта эти больные допускают много ошибок в чередовании действий.

Данная методика представляет интерес и потому, что при помощи ее выявляется инертность основных нервных процессов у больных эпилепсией, которые еще не обнаруживают заметного замедления темпа сенсомоторных реакций. Так, больной П. выполнял задания по таблицам Шульте за 44 — 45 сек., на вариант корректурной пробы без переключения затратил всего 2 мин. 25 сек., а корректурную пробу с переключением выполнил за 5 мин. 57 сек.

Явления инертности отмечаются и при произвольном назывании 50 слов. На выполнение этого задания у больных уходит от 6 — 7 до 14 мин. (в отдельных случаях). Многократно повторяются одни и те же слова. Психически здоровые обычно называют слова смысловыми гнездами, состоящими из 5 — 6 слов, близкими по родовой принадлежности, например, «автомобиль, поезд, самолет, пароход». После такого смыслового гнезда может следовать другое: «море, река, озеро» и т. д. У больных эпилепсией эти смысловые гнезда состоят из значительно большего числа слов. Это обстоятельство делает понятным, почему больные эпилепсией затрачивают на произвольное называние слов много времени. Так, иногда больной, называя слова одного смыслового гнезда, останавливается: «А дальше это... как его... маленькое.. тоже блестит». В этих случаях больные в силу инертности продолжают искать нужное слово, а не переходят к словам, принадлежащих к другому смысловому гнезду.

Обнаруживаемые при обследовании больных эпилепсией явления инертности протекания ассоциативных процессов характеризуют их мышление — тугоподвижное, вязкое. Эти особенности отмечаются и в произвольной речи больных: они повторяются, не могут отвлечься от второстепенных, мало существенных деталей. Но больной не теряет цель высказывания. Примером этого может служить обращенная к врачу речь больного А:



«Не что-нибудь, а действительно—нельзя ли у вас папиросочку попросить? Вчера мамочка приходила — она ко мне через день приходит — принесла мне папиросочек. Говорит: «Возьми, Минечка, я тебе папиросочки принесла». Хорошие папиросочки — я такие люблю. Я так обрадовался, что мамочка папиросочки принесла, и как раз мои любименькие. И няня говорит: «У тебя теперь, Минечка, есть что курить, маменька папиросочки принесла. И не что-нибудь, а действительно, хорошие папиросочки принесла. А вот ночью, не что-нибудь, а действительно, когда я спал, выкурил этот больной мои папиросочки. Такие хорошенькие были папиросочки. Не дадите ли вы мне не что-нибудь, а действительно, папиросочку, а завтра мамочка принесет еще много папиросочек и я вам отдам».

Инертность, вязкость мышления больных эпилепсией отчетливо выступают в словесном эксперименте. Об этом свидетельствует увеличение латентного периода, частые эхολалические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов. Часто на слова-раздражители больные отвечают стереотипными рядами слов либо называют слова-профессионализмы, иногда в качестве ответной реакции подбираются прилагательные, обозначающие цвет данного предмета. Например:

хлеб—белый  
роза—белая  
окно—чистое  
лошадь—белая и т. д.

Иногда ответные слова относятся к предыдущим словам-раздражителям («запаздывающие» речевые реакции). Например:

жена—любимая  
яблоко—груша  
окно—сладкая и т. д.

Нередко характер ответных реакций у больных эпилепсией свидетельствует о затруднениях деавтоматизации на уровне второй сигнальной системы. Так, больной X. с самого начала эксперимента избрал путь ответов речевыми реакциями противоположного значения. Однако столкнувшись с словами-раздражителями, к которым трудно подобрать антонимы, больной обнаружил выраженное увеличение латентного периода, ухудшение качества ответных реакций, преобладание среди них эхола-



лических. Приводим выдержку из протокола исследования больного Х.:

ночь—2,8 сек.—день  
болезнь—3,5 сек.—болезнь... болезнь... неболезнь...  
жена—2 сек.—муж  
яблоко—4,5 сек.—яблоко... груша  
работа—5 сек.—работа... неработа  
огонь—7 сек.—огонь  
молоко—7 сек.—молоко... квас  
друг—4 сек.—друг... недруг  
цветок—6 сек.—цветок... цветы  
зима—2,6 сек.—зима... лето

Такие же особенности обнаруживают больные эпилепсией при исследовании методикой подбора слов-антонимов, являющейся вариантом словесного эксперимента. В данном случае обследующий инструкцией предопределяет характер ответных реакций. Оскудение словарного запаса часто приводит к тому, что больные прибегают к образованию антонима путем прибавления к заданному слову частицы «не». В обоих вариантах словесного эксперимента отмечается зависимость между характером слова-раздражителя и величиной латентного периода. Испытываемые больными затруднения в подыскании нужного слова-антонима увеличиваются при предъявлении им слов абстрактного значения. Так, например, у больного Л.:

тонкий—1,5 сек.—толстый  
грязный—2 сек.—чистый  
чужой—1,8 сек.—свой  
твердый—2,3 сек.—мягкий  
поднимать—2,4 сек.—опускать  
добродетель—(нет ответа)  
младший—2 сек.—старший  
забывать—1,8 сек.—вспоминать  
победа—9,7 сек.—поражение  
истина—(нет ответа)

При выраженном слабоумии ответные реакции стереотипны, однообразны — на все слова-раздражители больной может отвечать двумя-тремя словами («хороший» или «плохой», «знаю» или «не знаю»). Нередко словесные реакции отражают лишь отношение больного к предметам, обозначенным словами-раздражителями. Например:



город—люблю  
булка—вкусная  
кошка—ненавижу  
река—не разрешают купаться и т. п.

Эти особенности ассоциаций являются отражением присущего больным эпилепсией эгоцентризма. Часто больные включают себя в ситуацию (И. Я. Завилянский и Р. Е. Таращанская, 1959). Так, при исследовании методикой синтеза ситуации по опорным словам, больной О. по словам «дом, лампа, огонь» составил следующий рассказ:

«Мы получили новую квартиру, переехали в пятиэтажный дом. Жене комната не понравилась, так как не было электрической лампы, и мне пришлось бежать вечером в магазин покупать лампу. Яркий свет озарил нашу новую комнату. Я пошел в кухню поставить чай. Когда засверкал яркий огонек на газовой плите, я поставил чайник и вернулся к себе в комнату».

Такого рода включение больным себя в описываемую ситуацию рассматривается как признак преобладания конкретных представлений в мышлении, недостаточности осмысления условного характера задания, проявление эгоцентрических тенденций.

Уже в обычной беседе больные эпилепсией обнаруживают склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Еще больше эти особенности выступают при описании больными сложного рисунка или при пересказе текста. При этом больные подмечают совершенно несущественные детали, фиксируют на них свое внимание. Нередко, описав таким образом рисунок, больной все же не может уловить его содержания. Особенно выражена склонность к детализации при обследовании эпилептиков методикой установления последовательности событий по серии рисунков. В этих случаях больные (речь идет о больных с выраженным эпилептическим слабоумием) весьма детально, со множеством несущественных подробностей, описывают каждый рисунок, но сопоставить их не могут, так как затрудняются в дифференцировке существенных и второстепенных признаков.

Так, больной П. при исследовании этой методикой (приложение VII), описывает каждую картину в том порядке, как она лежала: «Это мальчик на дереве. А под деревом собаки или волки. Сколько их? Один, два, три.



Он испугался видно, так как не может сойти с дерева, хотя под деревом лежит его сумка. Она раскрылась и из нее высыпались книги и тетрадки. Этот мальчик школьного возраста. А шарфик у него свисает почти до самой земли, вернее, снега. Это зима — снег всюду беленький. Волки могут стащить его за шарфик. А на этой картинке тоже какой-то мальчик идет через лес. Тут тоже зима. Видите — снежок беленький. Он даже не в лесу, а на опушке. И сумку несет. Он тоже школьного возраста. Вот только трудно сказать — утро или вечер. Скорее всего утро, так как школьники обычно утром идут в школу, а вечером дома готовят уроки. А на этой картинке двое взрослых и ребенок. Один взрослый держит ребенка на руках, подсаживает его на дерево, а другой держит ружье, как будто целится» и т. д.

Затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений характеризуют наблюдающееся при эпилепсии снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. При исследовании методикой исключения больные очень обстоятельно характеризуют каждый из четырех изображенных на рисунке предметов и либо не находят между ними отличия, либо, наоборот, заявляют, что все эти предметы ничего общего между собой не имеют. Так, больные приходят к выводу, что шкаф, кровать, этажерка и комод являются мебелью, и не могут найти отличительного признака, позволяющего объединить виды мебели, служащие для хранения каких-либо предметов. Разглядывая картинку с изображением очков, часов, весов, термометра, больной дает им крайне детальную характеристику и утверждает, что не видит между ними ничего общего.

Классификация больными эпилепсией производится по конкретно-ситуационному признаку. При этом можно услышать такие рассуждения: «морковь, лук, помидор — это я всегда в борщ кладу»; «врач, ребенок, термометр — все это в больнице, и уборщица в больнице нужна» и т. п. Характерно образование в процессе классификации нескольких мелких однородных групп, например, выделяется посуда металлическая и стеклянная, предметы обуви и головные уборы образуют отдельные группы и не объединяются с предметами одежды.

При исследовании по методике складывания картинок из отрезков деятельность больных определяется, по



выражению А. Н. Бернштейна (1922), «неплановым синтезом». Больные выполняют задание методом проб и ошибок. Выбирается один отрезок, обычно более крупный, и к нему поочередно прикладываются все другие. Причем больные чаще руководствуются не представлением о целостном рисунке, а краями, формой и цветом отдельных отрезков. Вся эта работа выполняется с присущей больным эпилепсией педантичностью, тщательно. Убедившись в неправильности соединения двух отрезков, больной откладывает один из них и примеряет следующий.

Наблюдающееся часто у больных эпилепсией пустое «рассуждательство» создает картину своеобразного резонерства, отличающегося от резонерства при других заболеваниях, в первую очередь, от шизофренического. Резонерство эпилептиков носит характер своеобразного компенсаторного «рассуждательства». Его особенности проявляются в поучительном, типа сентенций, тоне высказываний, отражающих патетичность и переоценку собственного жизненного опыта, в то время как эти высказывания носят характер неглубоких, поверхностных, бедных по содержанию рассуждений, содержат шаблонные, банальные ассоциации. Резонерские рассуждения эпилептиков всегда приурочены к конкретной ситуации, от которой больному трудно отвлечься.

Существенный отпечаток на резонерство при шизофрении и эпилепсии накладывается характерными для этих заболеваний особенностями эмоционально-личностных компонентов мышления. У резонериствующих эпилептиков в эксперименте отмечается снижение уровня обобщения и отвлечения, узость диапазона мышления, эгоцентрические тенденции при бедности словарного запаса. Последнее обстоятельство также придает своеобразный колорит резонерству, в котором сочетаются поучительность суждений с олигофазией. Если при шизофреническом резонерстве наблюдаются явления актуализации «слабых» признаков, своеобразного нарушения ассоциативных процессов, разрушение формирующихся в процессе жизни психических стереотипов, то при эпилепсии речь идет об инертности мышления, актуализации малосущественных признаков, о выявлении непреодолимых шаблонов в мышлении.



Типичны наблюдающиеся у больных эпилепсией расстройства речи — замедление ее темпа, употребление уменьшительных слов и речевых штампов, олигофазия. Олигофазия, как писал А. Н. Бернштейн (1912), является основным и наиболее характерным речевым расстройством у больных эпилепсией. Различают острую послеприпадочную и постоянную (общую, прогрессирующую по Я. П. Фрумкину, 1939) олигофазии.

Непосредственно после припадка при наличии расстроенного сознания больные обнаруживают явления асимболии — нарушена способность узнавать предмет и его назначение. По мере восстановления сознания на место асимболии, как указывал А. Н. Бернштейн, выступает амнестико-афатический комплекс (острая послеприпадочная олигофазия). Олигофазия проявляется в том, что больные узнают показываемый им предмет и обнаруживают знание его свойств и назначения, но назвать, обозначить предмет они не могут.

Патофизиологически острая послеприпадочная олигофазия изучена М. И. Серединой (1952), установившей характерную последовательность восстановления корковых связей между сигнальными системами после судорожного припадка. Так, вначале восстанавливаются связи между рече-воспринимающей областью и двигательными-кинестетическими анализаторами, в связи с этим становится возможным правильное выполнение больным двигательных заданий. Затем восстанавливаются связи между зрительным и рече-двигательным анализаторами — становится возможным правильное название предметов. В последнюю очередь восстанавливаются связи между слухо-речевым и рече-двигательным анализаторами, и больные могут правильно отвечать на вопросы.

Затруднения названия предметов в послеприпадочном периоде неоднородны — более знакомые, обыденные предметы называются легче, чем менее знакомые.

Олигофазия наблюдается не только непосредственно после припадка. При длительном течении заболевания она обнаруживается и в межприпадочные периоды. В этих случаях говорят о постоянной или общей прогрессирующей олигофазии, являющейся отражением эпилептического слабоумия.



Указанные два вида олигофазии тесно связаны между собой. Постоянная олигофазия клинически сходна с послепападоной. Отмечается затруднение названия показываемых предметов или их изображений, явления амнестической афазии. Больные, испытывающие трудности при подыскании нужного слова, легче находят его, если им предъявляется фраза, в которой это слово специально пропускается обследующим. Так, больной при показе авторучки говорит, «Это... это.. для того, чтобы писать». Услышав же фразу: «Ученик набрал чернила в... и начал писать диктант», больной легче вспоминает необходимое слово.

Приводим примеры выявления олигофазии у больных эпилепсией при показе им изображений предметов.

Весы — «Это... это... проверка, сколько имеет... этот... ну, проверять надо этот... сколько килограмм будет».

Сапог — «Это для ноги... надо обувать».

Шкаф — «Для установки... Сюда закрывать надо... или книжки или миски... Такие есть, для книг одни, для ложек, мисок другие».

Лампа — «Для света... Если света нет».

В то же время при общей прогрессирующей олигофазии обнаруживаются признаки, отличающие ее от эпилептической. Если в послепападном состоянии (имеются в виду начальные проявления заболевания) подсказка начальных звуков или слогов значительно облегчает задачу больного, то по мере углубления эпилептического слабоумия отмечается прогрессирование испытываемых больным затруднений при назывании слов и уменьшение эффективности подсказки. Длительно болеющим часто не помогает подсказывание почти всех, кроме последнего, слогов необходимого слова. По мере течения болезни уменьшается и активность поисков больными нужного слова и, возможно, в связи с этим отмечается относительная редкость вербальных парафазий. Это также отличает общую прогрессирующую олигофазию от истинной, амнестической афазии, для которой, как известно, характерны вербальные парафазии.

При назывании предметов определенную роль играет следующее: насколько больной знаком с теми или иными предметами, в какой мере они энграммированы в его жизненном опыте. Как правило, затруднения больных



больше относятся к называнию предметов, с которыми им реже приходилось встречаться, значительно легче называются предметы, часто употребляемые ими в прошлом.

Исследование методикой называния предметов или их изображений направлено, как известно, на изучение номинативной функции речи и показывает, что называние (А. Р. Лурия, 1962) всегда является функцией классификации — обобщения. Вначале эта функция осуществляется в общей смысловой сфере, обобщающей сумму названий и свойств. Впоследствии из этого комплекса выделяется соответствующее название предмета. Показателем этого служит определенный параллелизм между качеством называния предмета и сохранностью уровня процессов обобщения и отвлечения у больных эпилепсией. Чем ниже уровень процессов обобщения и отвлечения, тем больше затруднений испытывают больные при назывании предметов. Это также соответствует клиническим представлениям о связи между эпилептическим слабоумием и постоянной олигофазией.

Существуют и косвенные признаки связи между нарушениями номинативной функции речи у эпилептиков и недостаточностью классификации, обобщения. Так, обрисовка свойств предмета, назвать который больной затрудняется, является в определенной степени компенсаторным механизмом, активирующим резервные возможности процессов обобщения и отвлечения. В построении перифразы, описывающей особенности предмета, привлекаются родовые представления, связанные с пониманием назначения группы предметов, включающей и показываемый больному предмет. Как правило, чем больше выражено слабоумие, тем реже в речи больных встречаются такие перифразы, тем меньше компенсируется дефект функции называния.

Таким образом, из сказанного видно, что общая прогрессирующая олигофазия является более сложным симптомокомплексом по сравнению с послеприпадной олигофазией. В возникновении общей прогрессирующей олигофазии играет роль сочетание двух факторов: амнестически-афатических проявлений и эпилептического слабоумия.

Проведенные нами (1963) исследования речи больных эпилепсией показали, что определенную роль в выявле-



нии олигофазии играет степень конкретности раздражителей речевого анализатора, направленность речевых реакций. В связи с этим использовалась серия методик, отличающихся различной выраженностью этих свойств (называние изображенных на рисунке предметов, подбор слов противоположного значения, попеременное называние пар одушевленных и неодушевленных предметов, произвольное называние 50 слов). Было установлено, что общая прогрессирующая олигофазия больше выражена при неконкретных, менее направленных раздражителях речевой области.

Например, больной П., из изображенных на рисунках 23 предметов 15 назвал самостоятельно, 4 — после подсказки, в 4 случаях вместо названия предмета подробно описал его качества. При подборе слов противоположного значения к 24 словам больной правильно назвал лишь 10 слов, обнаруживая особые затруднения при предъявлении ему слов абстрактного характера. В эксперименте на чередование наблюдался большой латентный период между парами, очень частое повторение одних и тех же слов. Называние 50 слов заняло у больного 14 мин. 21 сек., при этом многократно повторялись одни и те же слова, назывались (вопреки инструкции) находящиеся в комнате предметы.

Больная И. из показанных ей изображений 22 предметов 12 назвала сразу, 6 — предварительно прибегая к описанию их свойств, а 4 — лишь после подсказки. При подборе слов противоположного значения к 29 словам правильно назвала лишь 13 слов-антонимов. В пробе на чередование латентный период между четвертой и пятой парами слов составлял 31 сек. и в дальнейшем колебался между 15 сек. и 1 мин. 29 сек. При этом постоянно повторялись одни и те же слова. Называние 50 слов заняло у больной 14 мин. 1 сек.

Аналогичные результаты были получены и у других больных. В тех случаях, когда внешне олигофазию было трудно уловить, т. е. предметы и их изображения на рисунке назывались больными удовлетворительно, она четко выявлялась при подборе слов противоположного значения, в пробе на чередование и т. д. Поэтому для установления в клинической практике наличия или отсутствия общей прогрессирующей олигофазии недостаточно ограничиться показом больному предметов и просьбой назвать их. Необходимо произвести специальное экспериментально-психологическое исследование с помощью упомянутой серии методик.



Течение эпилепсии сопровождается неуклонным ослаблением памяти. Вначале обнаруживается нарушение произвольной репродукции — концентрация внимания на воспроизведении в памяти какого-либо слова приводит к ухудшению способности репродукции. На последующих этапах обнаруживаются расстройства удержания и запоминания. Аналогичная же последовательность нарушений памяти характерна и для церебрального атеросклероза без грубоочаговой патологии. Это обстоятельство дает основание полагать, что ослабление произвольной репродукции с последующим ухудшением удержания и запоминания не является особенностью одного какого-либо определенного заболевания, а присуще психическим заболеваниям с медленно-прогрессирующими мнестическими расстройствами.

Кривая запоминания слов у больных эпилепсией носит своеобразный характер (рис. 3). Количество воспроизводимых слов с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивается, либо остается прежним. Не отмечается, как при церебральном атеросклерозе, уменьшения количества воспроизводимых при последующих повторениях слов. Различие кривой запоминания у больных эпилепсией при разной выраженности мнестических расстройств заключается лишь в том, что при более глубоких нарушениях памяти кривая эта носит более пологий, торпидный характер.

Представляет интерес определенное соответствие между выраженностью общей прогрессирующей олигофазии и глубиной расстройств памяти.

Для иллюстрации приводим данные из протоколов исследования трех больных эпилепсией.

**Больной Р.** испытывал затруднение при назывании 2 из 19 изображенных на рисунках предметов. Антонимы он подобрал к 19 из 29 слов. Произвольно назвал 50 слов в течение 6,5 мин.

**Больной К.** испытывал затруднение при назывании 6 из 22 изображенных на рисунке предметов, подобрал антонимы к 20 из 39 слов. Произвольное называние 50 слов занимает 7 мин. 36 сек.

**Больной Ш.** затрудняется в назывании 12 из 26 нарисованных предметов, при этом подсказка часто малоэффективна. Слова-антонимы он подбирает с трудом после подсказки, менее чем к половине называемых ему слов. Произвольно называет 50 слов за 9 мин. 41 сек.

Эти данные наглядно показывают связь между выраженностью расстройств памяти и олигофазией. Чем мень-



ше выражены у больных эпилепсией расстройства памяти, тем менее выражена и общая прогрессирующая олигофазия, и, наоборот, более глубоким расстройствам памяти соответствуют значительно более выраженные олигофазические проявления.

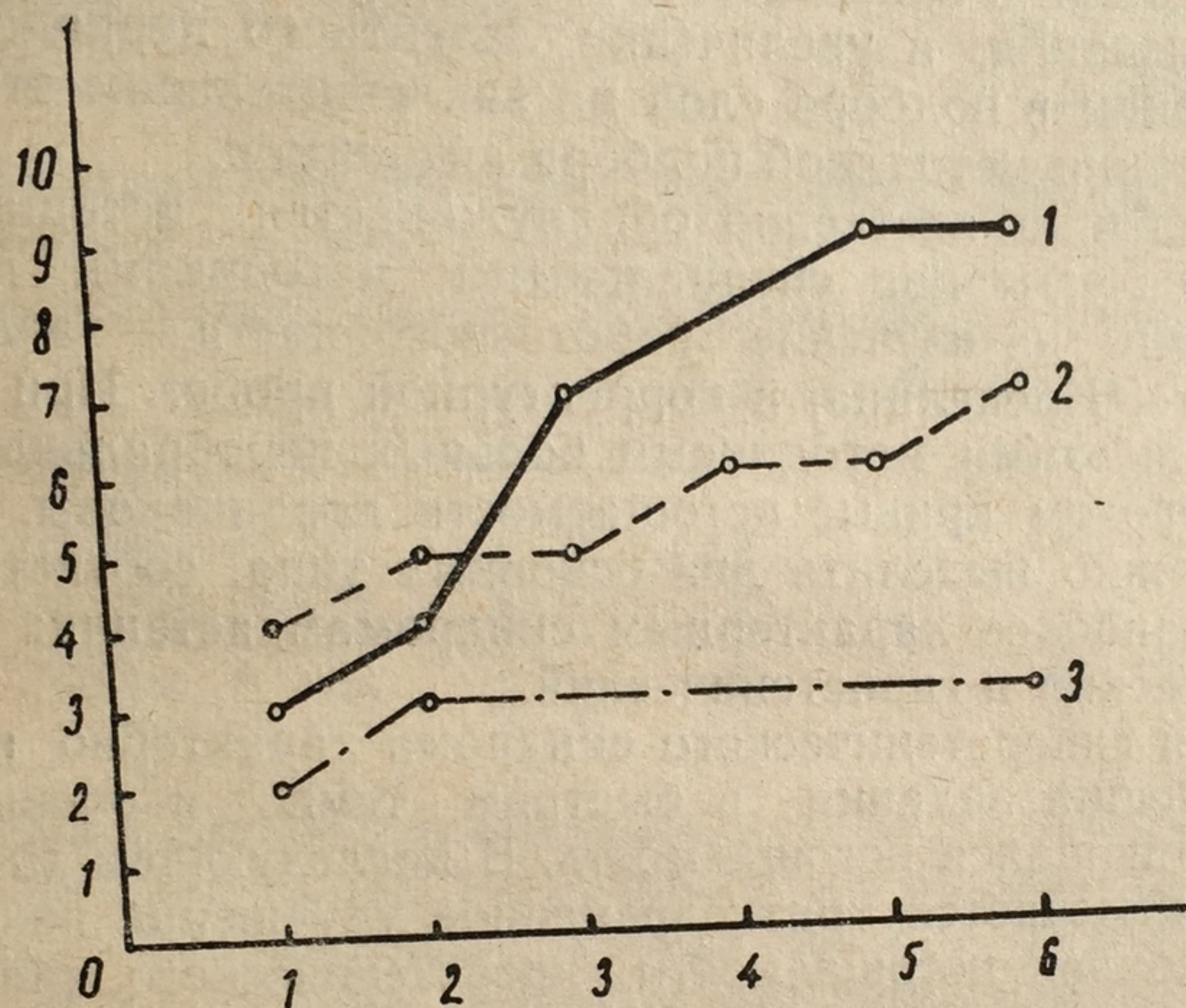


Рис. 3. Кривая запоминания слов: 1 — больного Р. (умеренное ослабление запоминания), 2 — больного К. (выраженные расстройства запоминания), 3 — больного Ш. (глубокие расстройства запоминания).

### ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Течение церебрального атеросклероза характеризуется многообразием клинических форм. Общеизвестным является выделение в качестве основной формы заболевания церебросклеротической астении.

Один из ведущих симптомов астении является истощаемость. Исследование ее позволяет более четко определить патогенетические особенности и тип астенического состояния. Оценка выраженности явлений истощаемости в течении заболевания дает основания судить об эффективности терапии, является объективным показателем изменения состояния больного.



О наличии истощаемости можно судить, сравнивая результаты в начале и в конце исследования. Значительная истощаемость выявляется в процессе исследований какой-либо одной, относительно длительной методикой. Например, она проявляется в увеличении пауз и появлении ошибок в конце исследования при помощи методики отсчитывания, в увеличении латентного периода и затруднений в подборе слов на заключительном этапе исследования методикой подбора антонимов.

Особенно явственно обнаруживается истощаемость при исследовании специальными методиками, направленными на изучение работоспособности — таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе. При исследовании этими методиками больных церебральным атеросклерозом кривые истощаемости неодинаковы. Среди них можно выделить два основных типа, соответствующих наиболее характерным синдромам астении: гиперстенический и гипостенический.

Для гиперстенического синдрома характерно начало выполнения задания в быстром темпе и очень рано проявляющаяся истощаемость. В последующем эпизодически отмечается кратковременное улучшение показателей. Кривая истощаемости гиперстенического типа при исследовании таблицами Шульте носит зигзагообразный характер. Так, например, на поиски чисел в первой таблице больной затрачивает 48 сек., во второй — 1 мин. 18 сек., в третьей — 1 мин. 23 сек., в четвертой — 51 сек., в пятой — 1 мин. 12 сек. и т. д. При исследовании таблицами Крепелина в этих случаях обнаруживается значительная разница в темпе выполнения задания на различных его этапах в количестве произведенных в различные отрезки времени сложений и в количестве допущенных при этом ошибок.

При гипостенических состояниях кривая истощаемости носит иной характер. Так, при исследовании таблицами Шульте отмечается постепенное увеличение времени, затрачиваемого на каждую последующую таблицу. На всем протяжении исследования уровень выполнения задания отражает постепенно нарастающую истощаемость. При исследовании таблицами Крепелина также отмечается увеличивающееся без резких колебаний ухудшение темпа работы к концу выполнения задания.



При гипостенических состояниях истощаемость проявляется не только при сравнении времени поиска чисел в различных таблицах Шульте, но и в пределах одной и той же таблицы. С этой целью можно отмечать количество чисел, найденных больными за каждые 30 сек. Для иллюстрации приводим данные из протокола исследования больного С. (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Данные исследования больного С. при помощи таблиц Шульте

Номер таблиц	Время на поиск чисел в таблице	Количество чисел, отысканных за каждые 30 сек.				
I	1 мин. 34 сек.	9	8	6	—	—
II	2 мин. 8 сек.	9	6	4	—	—
III	2 мин. 34 сек.	9	4	2	4	4
IV	2 мин. 43 сек.	7	5	3	4	3
V	2 мин. 45 сек.	6	5	2	4	3

Анализ данных, приведенных в табл. 1, показывает, что больной не только затрачивает все больше времени на каждую последующую таблицу, но и в пределах одной и той же таблицы обнаруживает заметную истощаемость.

При церебральном атеросклерозе можно установить определенную корреляцию между характером истощаемости и клинической стадией заболевания. Начальной стадии болезни присущ гиперстенический тип истощаемости. В дальнейшем, с прогрессирующим течением церебрального атеросклероза, истощаемость в эксперименте проявляется по гипостеническому типу. В этих случаях указанные основные формы астенических синдромов могут рассматриваться как последовательные стадии клинических проявлений единого патологического процесса.

С явлениями истощаемости при церебральном атеросклерозе непосредственно связана и недостаточность активного внимания. Она находит свое отражение в пропусках отдельных чисел в таблицах Шульте, в увеличении к концу исследования количества ошибок в таблицах Крепелина. Особенно явственно она обнаруживается в корректурной пробе: отмечаются пропуски букв, лишние зачеркивания схожих или расположенных рядом



с заданной букв, пропуски целых строк. Ошибки либо нарастают количественно к концу исследования, либо распределяются в ходе опыта неравномерно, группами.

Представляют интерес наблюдающиеся при атеросклеротической астении эпизодические литеральные парафазии. Происходит чаще всего замена какого-либо звука в слове при сохранении его фонематического остова (например, вместо «сосудов — посуды»). Нами было высказано предположение о роли в их генезе некоторой недостаточности фонематической дифференцировки, которая определяется при исследовании больных церебральным атеросклерозом по методике М. С. Лебединского. Эта недостаточность объясняется слабостью дифференцировочного торможения, связанной с расстройствами подвижности нервных процессов, обнаруживаемыми уже в начальных стадиях церебрального атеросклероза. Возможно, существенную роль в этом играют и отражающиеся в корректурной пробе нарушения внимания.

Физиологический механизм возникновения ошибок в корректурной пробе у больных с астеническими синдромами является, по мнению Т. И. Тепеницыной (1959), результатом изменения функционального состояния коркового конца зрительного анализатора в связи с изменениями общего состояния коры головного мозга. Чередование правильного восприятия букв и их пропусков у больных церебральным атеросклерозом объясняется периодически наступающим в корковых клетках торможением. Лишние зачеркивания букв, очевидно, могут быть связаны либо с эпизодически наступающей слабостью торможения (особенно дифференцировочного), либо с временным чрезмерным усилением раздражительного процесса.

Одним из наиболее ранних и выраженных признаков заболевания являются расстройства памяти. Уже при начальных проявлениях заболевания больные нередко сами жалуются, что в беседе не могут вспомнить нужное слово. Лишь через несколько часов, когда больной не думает об этом, нужное слово «само всплывает в памяти».

Это обстоятельство в свое время было отмечено В. А. Горовым-Шалтаном (1950), писавшем о присущих начальным стадиям сосудистых поражений головного



мозга, расстройствам произвольного запоминания и воспроизведения. Kral (1960) выделяет так называемый мягкий тип расстройств памяти, характеризующийся невозможностью вспомнить при необходимости имена и даты, которые в других случаях больной легко вспоминает. Этот медленно прогрессирующий тип расстройств памяти Kral противопоставляет сенильному амнестическому синдрому.

Для объяснения патофизиологических механизмов нарушения произвольной репродукции должна быть принята трактовка Б. В. Зейгарник (1962), рассматривающей ухудшение возможности репродукции при концентрации внимания гипноидно-фазовыми состояниями в коре головного мозга.

Обычно о расстройствах произвольной репродукции приходится судить по данным анамнеза или обнаруживать их в беседе с больным. Объективная методика изучения этих расстройств до сих пор не разработана.

Нарушения произвольной репродукции отмечаются не только при церебральном атеросклерозе. Они встречаются и при астениях другого генеза — психогенных, постинфекционных. Однако в этих случаях расстройства памяти обычно ограничиваются одной лишь недостаточностью репродукции, которая с выздоровлением идет на убыль. При церебральном атеросклерозе расстройства памяти прогрессируют: к недостаточности произвольной репродукции присоединяются нарушения удержания, а затем запоминания.

Недостаточность удержания (ретенции) обнаруживается еще до выявления заметных расстройств запоминания. Так, больной, воспроизводивший 10 слов после 4 — 5 повторений, после 15 — 20-минутного перерыва уже называет лишь часть этих слов. Постепенно наряду с усилением недостаточности удержания выявляется и недостаточность запоминания.

Выраженность расстройств запоминания соответствует глубине поражения коры головного мозга атеросклерозом, степени расстройств мышления.

При начальных проявлениях церебрального атеросклероза (рис. 4) в пробе на запоминание больные называют 10 двусложных слов после того, как обследующий прочтет их 7 — 9 раз. Кривая запоминания неравномер-



на, со спадами. Еще больше выражены нарушения запоминания искусственных звуко сочетаний.

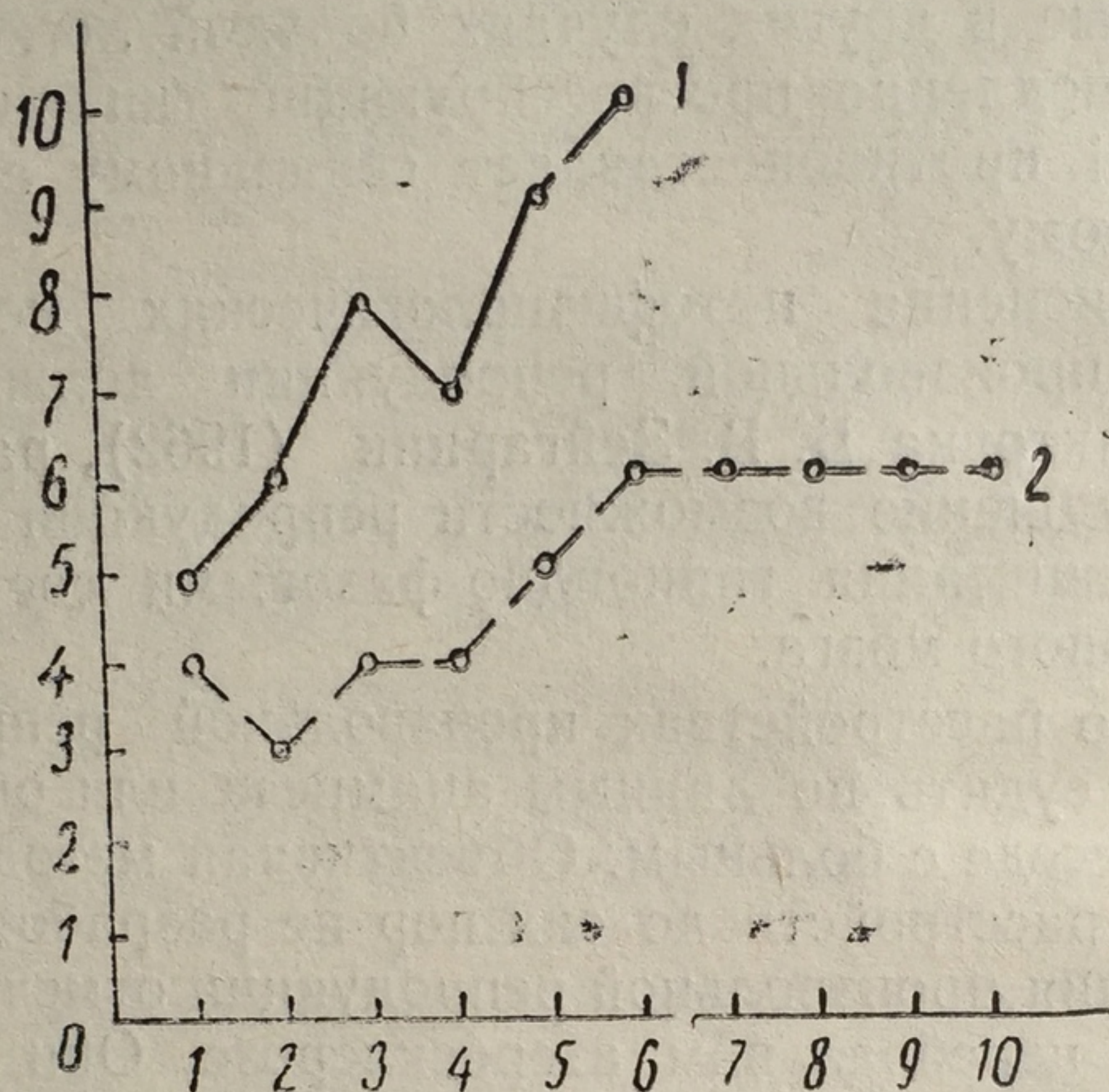


Рис. 4. Кривая запоминания слов (1) и бессмысловых звуко сочетаний (2) у больного Я. с начальными признаками церебрального атеросклероза.

При более значительно выраженном атеросклерозе мозговых сосудов кривая запоминания отличается еще бóльшей неравномерностью, колебаниями в количестве слов, воспроизводимых больным после каждого повторения (рис. 5). Отдельные слова повторяются несколько раз. Называются слова, не фигурировавшие в числе заданных. Резко ухудшено запоминание искусственных звуко сочетаний. Следует отметить, что кривая запоминания при начальных проявлениях и средней выраженности церебрального атеросклероза соответствует динамике явлений истощаемости по гиперстеническому типу.

В дальнейшем течении заболевания расстройства запоминания значительно усиливаются. У больных с резко выраженным церебральным атеросклерозом кривая запоминания становится более ровной, торпидной, уровень достижений крайне низок (рис. 6). Такого рода кривая может расцениваться как гипостеническая. В назы-



ваемых этими больными словами — множество привнесенных ими самими. Запомнившиеся слова больные повторяют многократно. Иногда обнаруживается полная невозможность запоминания искусственных звуко сочетаний.

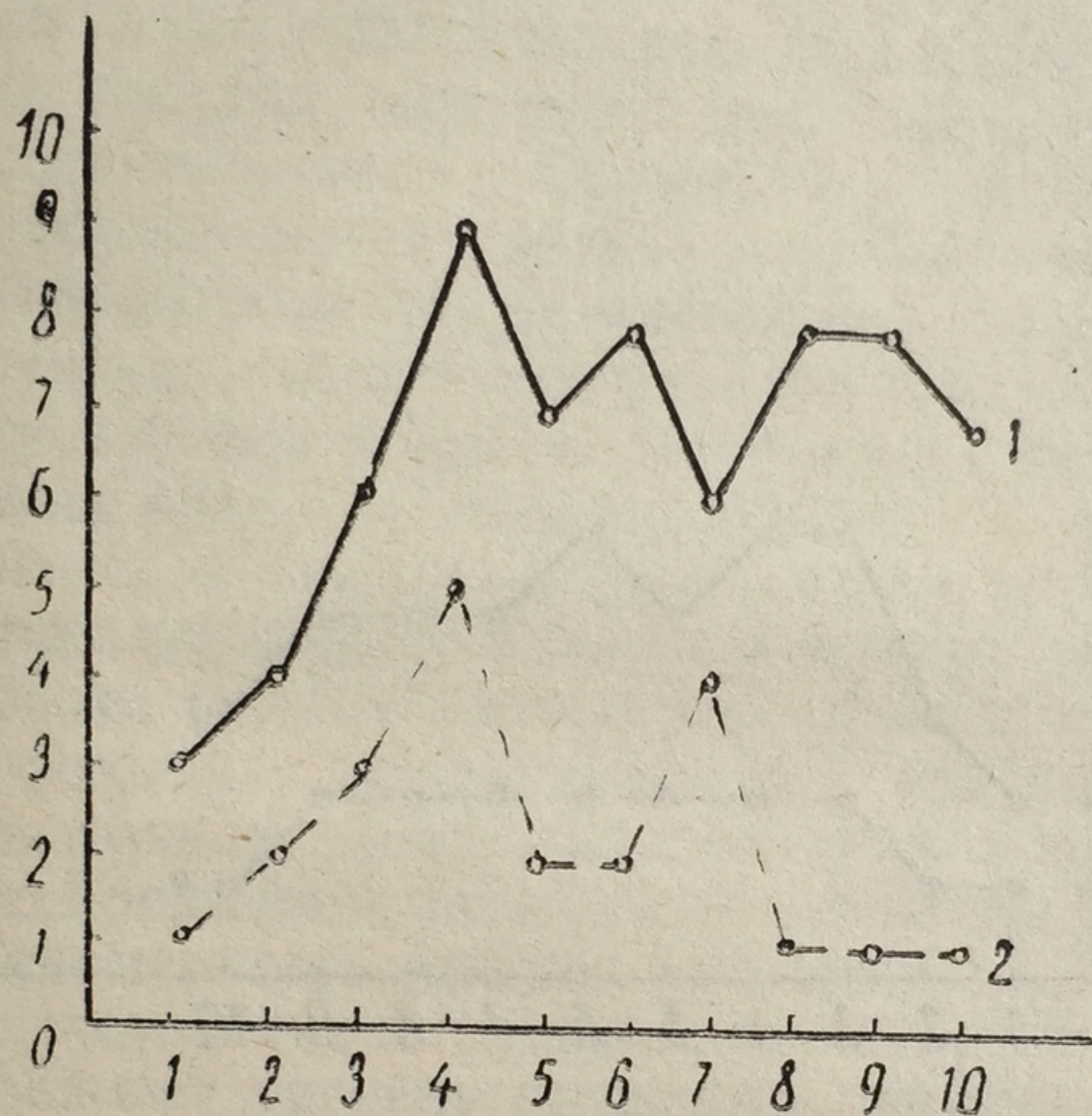


Рис. 5. Кривая запоминания слов (1) и несмысловых звуко сочетаний (2) у больного Г. с церебральным атеросклерозом средней выраженности.

Сопоставление данных о степени ослабления запоминания у больных всех трех групп показывает, что с прогрессированием атеросклероза сосудов головного мозга явления истощаемости мнестической функции становятся все более выраженными. Истощаемость усиливается при повышении трудности эксперимента (запоминание несмысловых звуко сочетаний).

Характерна также определенная неравномерность ослабления различных форм памяти у больных церебральным атеросклерозом. Значительнее и раньше страдает запоминание искусственных звуко сочетаний; меньше нарушено запоминание обычных 10 слов, расстройства которого наблюдаются позже; более длительно оказывается сохранным запоминание в пробе на ассоциативную память.



В определенной связи с расстройствами памяти наблюдаются и наблюдающиеся у больных церебральным атеросклерозом эпизодические вербальные парафазии.

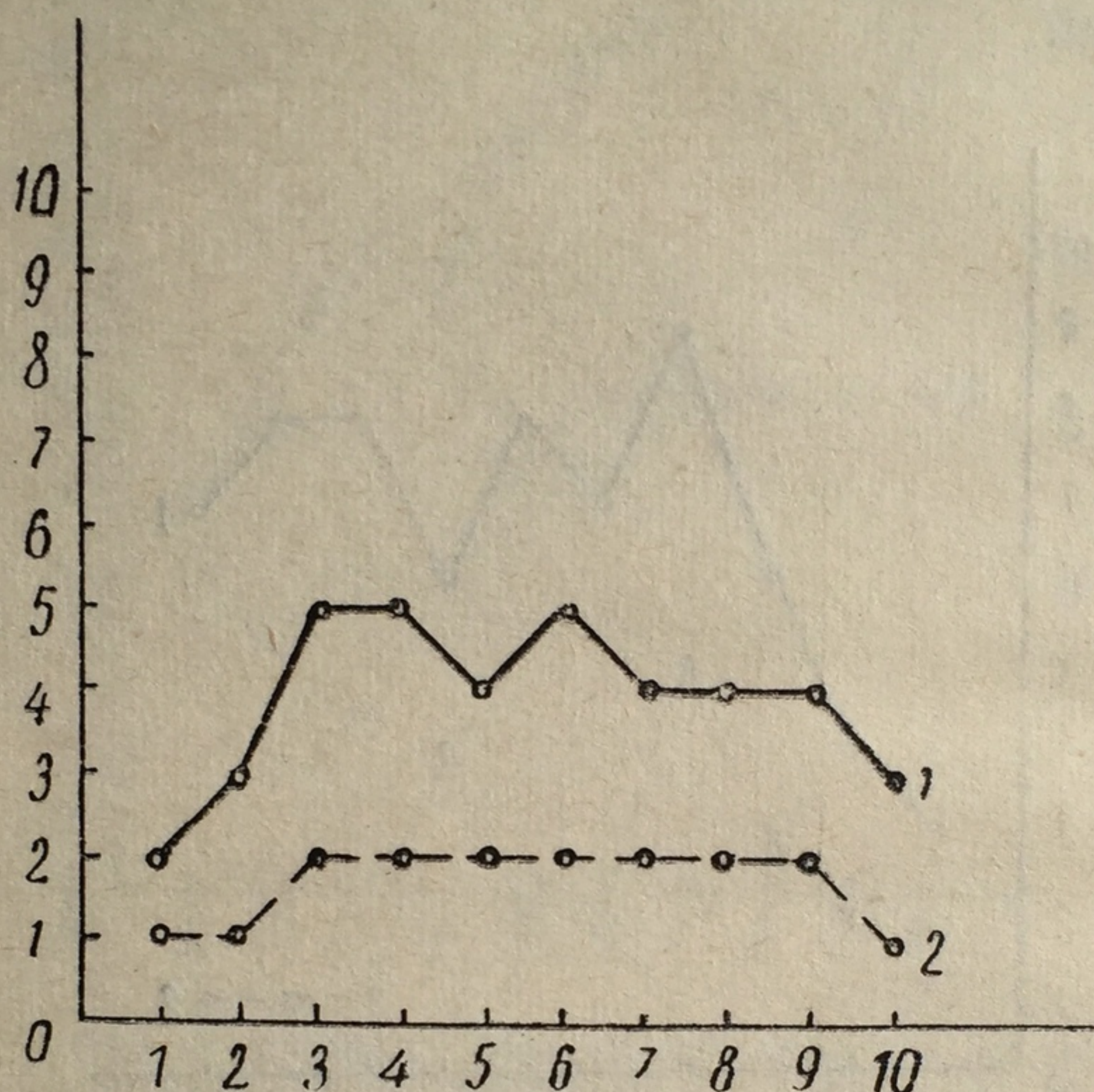


Рис. 6. Кривая запоминания слов (1) и бессмысленных звуко сочетаний (2) у больного Ш. с резко выраженным атеросклерозом сосудов головного мозга.

Замены слов часто происходят по так называемому комплексному типу, когда выпавшее слово заменяется другим, принадлежащим к тому же кругу представлений, иногда слово заменяется противоположным по значению. Такого характера вербальные парафазии свидетельствуют об определенной роли в их происхождении гипноидно-фазовых состояний в коре головного мозга (П. Я. Гальперин и Р. А. Голубова, 1933; М. М. Сиротинин и С. С. Ляпидевский, 1960). Отражением этих вербальных парафазий в пробе на запоминание служит часто наблюдающаяся замена заданных слов (чаще всего близкими по смыслу) и привнесение больными новых, не фигурировавших в задании слов. Нередко эти же больные испытывают затруднения при повторении развернутой фразы.



Своеобразной особенностью церебрального атеросклероза является обнаруживающееся и в патопсихологическом эксперименте нарушение подвижности основных нервных процессов. Инертность психической деятельности выявляется в пробах на переключение. Можно отметить, что в определенной степени эта инертность усиливается в связи с истощаемостью и в конце опыта выявляется легче, чем в начале. При выраженном атеросклерозе сосудов головного мозга инертность может достигать значительной степени, у таких больных нередко обнаруживаются явления персеверации в речевой и двигательной области. Персеверация, если она не входит в структуру симптомокомплекса грубого очагового поражения головного мозга, замечается самим больным и нередко на время преодолевается им.

Изменения интеллектуальной деятельности на различных стадиях церебрального атеросклероза неодинаковы. При наиболее ранних проявлениях заболевания у большинства больных обнаруживается определенная сохранность уровня процессов обобщения и отвлечения. С прогрессированием заболевания отмечается своеобразная неравномерность уровня обобщения и отвлечения. Наряду с выполнением заданий, при котором обнаруживается прежний уровень процессов обобщения и отвлечения, отдельные суждения больных показывают, что в этих случаях интеллектуальная деятельность протекает на более низком уровне. Эти явления, рассматриваемые Б. В. Зейгарник (1960) как нарушения последовательности суждений, связываются с быстро наступающей истощаемостью психических процессов. Причем истощаемость проявляется не только в изменении темпа выполнения задания, но приводит к временному изменению качества психической деятельности.

Больные с нерезко выраженными формами заболевания в начале исследования довольно быстро усваивают модус выполнения задания и решают предлагаемые им задания, правильно дифференцируя существенные и второстепенные признаки предметов и явлений. Наряду с этим у больных обнаруживаются ошибочные суждения, в основе которых лежат ассоциации по второстепенным конкретно-ситуационным признакам. Так, больная П., выполняя задание по методике исключения, выделив группы инструментов, искусственных источников освещения



и швейных принадлежностей, внезапно объединяет в одну группу очки, часы и термометр. Свое решение она мотивирует следующим образом: «Мне, чтобы узнать время или температуру воздуха, приходится пользоваться очками». Эти ошибочные суждения обнаруживаются не обязательно к концу опыта и часто не зависят от сложности задания.

Нарушения последовательности суждений особенно легко можно обнаружить при исследовании методиками, содержащими ряд заданий примерно одинаковой сложности, например, методикой образования аналогий, подбором слов-антонимов. Характерная особенность этих расстройств мышления заключается в том, что больные при обращении их внимания на допущенную ошибку легко ее исправляют, никогда не упорствуют, доказывая правильность своего решения.

Б. В. Зейгарник (1958) считает, что в основе возникновения непоследовательности суждений лежит наступление преходящих фазовых состояний.

Своеобразные особенности обнаруживают больные церебральным атеросклерозом при исследовании уровня притязаний. Так, в начале опыта они обычно осторожно повышают сложность выбираемых заданий, соразмеряя их со своими возможностями, иногда даже отмечается несколько заниженный уровень притязаний, так как больные испытывают опасения проявить свою несостоятельность. Они живо реагируют на каждое свое успешное или неуспешное решение. К концу опыта отмечается значительная истощаемость. Так, больной успешно дойдя до 10-го или 11-го задания, не может его выполнить, а после этого уже не может выполнить и значительно более легкие задания 2-е или 3-е. Больные становятся суевливыми, тревожная неуверенность в своих возможностях часто заставляет их отказываться от дальнейшего выполнения задания.

С прогрессированием церебрального атеросклероза нарушения последовательности суждений сменяются проявлениями значительно стойкого снижения уровня процессов обобщения и отвлечения. Больные не могут выделить существенные признаки и поэтому руководствуются второстепенными. Ассоциации носят конкретно-ситуационный характер. Существенно уменьшается словарный запас, что обнаруживается в буквенном экспери-



менте, при подборе слов-антонимов, в произвольном назывании слов. В словесном эксперименте увеличивается количество примитивных речевых реакций (особенно персевераторных).

Иногда отмечаются явления митигированной (облегченной) эхоталии. Так, услышав вопрос, больной с резко выраженным церебральным атеросклерозом прежде чем ответить, повторяет этот вопрос, несколько его трансформируя.

При атеросклеротическом слабоумии наблюдается недостаточность номинативной функции речи. Больные испытывают затруднения при назывании отдельных предметов. При значительной выраженности этого явления можно говорить об амнестической афазии, которая, как известно, может возникать и при течении заболевания без инсультов. Иногда затруднения называния обнаруживаются при предъявлении больным относительно сложных в оптико-гностическом отношении рисунков. Последнее наблюдается при глубоком атеросклеротическом слабоумии.

Описанные изменения мышления наблюдаются при простом и галлюцинаторно-параноидном атеросклеротическом слабоумии. Так называемое амнестическое слабоумие характеризуется наличием в клинической картине корсаковского синдрома. При экспериментально-психологическом исследовании в этих случаях отмечается резкое ослабление памяти — запоминания и особенно удержания. Недостаточность удержания достигает степени выраженности фиксационной амнезии: через несколько минут больной не может назвать имя своего собеседника, хотя до этого несколько раз повторял его, стараясь запомнить.

Псевдопаралитическое слабоумие при церебральном атеросклерозе характеризуется грубыми расстройствами мышления, нарушением его критичности. Уровень процессов обобщения и отвлечения оказывается значительно сниженным. Расстройства критичности мышления выступают даже при таких относительно несложных заданиях, как чтение текстов с пропущенными словами (проба Эббингауза). Больные вставляют слова, часто не понимая смысла читаемой фразы, без связи с последующими предложениями. Допущенные ошибки корри-



гируются с трудом. Больные беспечно относятся к исследованию и его результатам.

При выраженном атеросклеротическом слабоумии, протекающем с псевдопаралитической симптоматикой, существенно изменяется поведение больных при исследовании их уровня притязаний. Из-за резкого нарушения критичности мышления эти больные совершенно не со-  
размеряют уровень притязаний со своими возможностями. Не выполнив очередного задания, больной, как правило, берет следующее, более сложное, и не возвращается к более легким.

Своеобразные особенности приобретает атеросклеротическое слабоумие при наличии афатико-агностико-апрактических расстройств (так называемое асемическое слабоумие). В этих случаях клиническая картина нередко напоминает таковую при болезнях Пика и Альцгеймера. Поэтому клиницисты характеризуют такие состояния, как псевдо-пиковские и псевдо-альцгеймеровские. В этих случаях экспериментально-психологическое исследование функций речи, гнозиса и праксиса оказывает существенную помощь в проведении дифференциальной диагностики. О сосудистой природе заболевания свидетельствуют следующие особенности:

— определенная связь психопатологических проявлений (афатических, агностических и апрактических) с эпизодами острой недостаточности мозгового кровообращения;

— колебания интенсивности афатических расстройств в связи с истощаемостью. Разница в степени их выраженности определяется по ходу эксперимента. Так, например, у больного К. (церебральный атеросклероз, псевдопиковский синдром) обнаруживаются элементы амнестической афазии, усиливающиеся по мере утомления. Приводим выдержку из протокола исследования:

Карандаш—наш... карандаш.

Ручка—это обыкновенная... ручка обыкновенная.

Часы—это часы

Лампочка — лампа наша малая

Зеркальце—то же самое... зеркало

Катушка—это просто... кубашка. Кадушки... также одним словом.

Телефон—теперь это... давненько получилось... это военный... военный... военный... катушки были медные.



Наперсток—это для... дамских усобенностей... Они покупают разные... У одной пальцы тоньше... У другой—толще... обыкновенно просто сырой такой дамский.

Часы (повторно) — это знаете... такие... смыванет... ноские часто бывают;

— отсутствие характерной для атрофических заболеваний последовательности развития расстройств высших корковых функций. Так, болезни Альцгеймера и Пика (височному ее варианту) присуща своеобразная динамика афатических проявлений — от амнестической афазии к транскортикальной, а затем к кортикальной сенсорной, с присоединением моторной афазии. Особенно своеобразной в этом отношении является стадия болезни Альцгеймера, характеризующаяся начальными фокальными симптомами. При этом обнаруживаются психопатологические признаки, обусловленные поражением теменно-затылочных структур коры головного мозга — семантическая и амнестическая афазия, конструктивная апраксия, симультанная агнозия, акалькулия с нарушением представлений о разрядном строении чисел;

— отсутствие прогрессирующей речевой аспонтанности, характерной для очагово-атрофических заболеваний, особенно для болезни Пика. При лобном варианте болезни Пика эта прогрессирующая аспонтанность выявляется очень рано и совпадает с нарастающей редукцией речи, резко выраженным оскудением ее словарного запаса;

— тенденция к нивелировке афатических расстройств или временной задержке их развития, толчкообразное течение заболевания — с периодами улучшения или стабилизации состояния. Так, часто постепенно уменьшается выраженность возникших после инсульта сенсорно-или моторно-афатических расстройств, и, лишь когда они идут на убыль, проявляется амнестическая афазия. Очаговым атрофиям головного мозга присуща неуклонная прогрессиентность течения;

— меньшая выраженность или отсутствие так называемых стоячих симптомов — палилалии, «стоячих» оборотов и т. п. Эти «стоячие» симптомы весьма характерны для болезни Пика, когда больные палилалически повторяют одно и то же слово либо несколько, нередко очень искаженных слов или же стереотипно один и тот же набор фраз (симптом «граммофонной пластинки»).



Афатические синдромы при очаговых атрофиях головного мозга не обладают той четкостью, которая присуща им при очагово-сосудистых поражениях головного мозга. Наблюдается диссоциация между афатическими и параафатическими проявлениями — литеральные парафазии наблюдаются при болезни Альцгеймера при амнестической афазии и явлениях транскортикальной сенсорной афазии, что нехарактерно для афазии сосудистого генеза. При этом отмечается и несоответствие выраженности расстройств устной и письменной речи: аграфические расстройства опережают афатические.

Указанные особенности помогают прижизненно дифференцировать сосудистые и атрофические поражения головного мозга. Следует отметить, что особенно затруднительной является правильная классификация очаговых психопатологических расстройств при весьма разнообразных сочетаниях атрофического и сосудистого процессов. При формах Гаккебуша — Гейера — Геймановича, являющихся комбинацией сенильно-атрофического и атеросклеротического поражения головного мозга, афатические синдромы, обусловленные очаговой сосудистой патологией, также не обнаруживают характерной для афазии атрофического генеза последовательности развития. В то же время при сочетании болезни Альцгеймера с церебральным атеросклерозом расстройства речи, гнозиса и праксиса существенно не отличаются от таковых при болезни Альцгеймера, не осложненной сосудистой патологией.

### СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

При экспериментально-психологическом исследовании расстройства памяти у больных с сенильным слабоумием обнаруживаются очень рано и обычно сразу же носят массивный характер, охватывают различные проявления памяти. Оказывается нарушенной как механическая, так и смысловая память. Резко выражены расстройства запоминания. Кривая запоминаний носит характер плато — обследуемый называет после каждого повторения не более 2 — 3 слов из 10 прочитанных. Нарушение запоминания (фиксационная амнезия) достигает такой степени, что больные не могут запомнить имя собеседника, а если настойчивыми повторениями это-



го удается добиться, то (в связи с нарушениями удержания) уже через несколько минут они не могут воспроизвести его опять. Наблюдается постепенная утрата прежних запасов памяти. Если вначале больные обнаруживают преимущественное ослабление памяти на текущие и происходившие недавно события, то постепенно забываются и события более отдаленного прошлого. Так, больные часто сравнительно дольше помнят свою девичью фамилию, чем приобретенную после замужества, старые названия улиц. Одна из наших больных помнила лишь то, что было связано с первым мужем, погибшим во время первой мировой войны, но не помнила событий, относящихся к последующему, более длительному замужеству. Постепенно утрачиваются и эти материалы памяти.

Нарушается внимание, в первую очередь активное. Больные не могут сосредоточить свое внимание на чем-либо. Из-за этого не удаются простейшие пробы на внимание — найти дублированную деталь на рисунке, отыскать по порядку числа в таблице Шульте и т. п.

Очень рано обнаруживается резко прогрессирующее снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. Суждения больных поверхностны, нарушено различение существенных и второстепенных признаков предметов и явлений. Оказывается совершенно невозможным выполнение простейших заданий по методикам исключения и классификации. Больные не могут подобрать обобщающих названий к нескольким предметам. Так, на просьбу обозначить одним словом ботинок, сапог и туфлю больная просто повторяет перечисленные ей предметы. Определенную роль в интеллектуальной несостоятельности больных с сенильным слабоумием играет снижение психической активности, утрата интереса к окружающему, абсолютное безразличие к ситуации исследования.

У больных старческим слабоумием уже в начале заболевания выявляются и неуклонно нарастают по мере прогрессирования интеллектуально-мнестических расстройств и изменения речи, в первую очередь нарастающее оскудение смысловой стороны речи, импрессивной и экспрессивной. Нарушение понимания обращенной к больному речи и смысловое обеднение его собственной речи практически является показателем степени выраженности слабоумия.



Обращает внимание относительно высокая речевая активность в начальный период старческого слабоумия. Больные постоянно стремятся к общению с окружающими, говорливы. Речь сохраняет естественность интонаций, модуляций, сопровождается выразительной мимикой, жестами. Нередко отмечаются и ненаправленные высказывания, речь вслух — больные «ведут беседу», не смущаясь отсутствием собеседника. О частоте этого явления при старческом слабоумии писал Е. А. Шевалев (1937). Нарушения направленности речи затрудняют использование больными имеющегося у них словарного фонда. Об этом свидетельствует обнаружение у больных старческим слабоумием преобладания ненаправленных речевых реакций при исследовании их методикой подбора слов-антонимов.

Несмотря на известную многоречивость, несколько повышенную речевую активность, общение больных старческим слабоумием с окружающими не может состояться из-за оскудения речи в смысловом отношении и из-за того, что больные быстро теряют нить беседы. Е. Bleuler связывал потерю больными речевой задачи с расстройствами памяти. Об определенной связи этого явления с общими патогенетическими механизмами старческого слабоумия свидетельствуют наблюдения С. А. Вайсборд (1959) обнаружившей, что при отклонении от заданной темы больные нередко возвращаются к прошлой жизненной ситуации.

Потеря больными речевой задачи приводит к особенно выраженным расстройствам диалогической речи. Диалогическая и монологическая речь являются производными предикативной функции речи, их нарушения характеризуют состояние предикативной функции речи. Монологическая речь онтогенетически является более высокой формой речи. Если сигналом для диалогической речи служит вопрос, заданный собеседником, то монологическая речь обусловлена такими факторами, как ситуация и ее влияние на запасы энграммированных речевых связей.

Расстройства развернутой повествовательной речи при старческом слабоумии отмечаются на более ранних этапах заболевания. При этом наблюдается многословная, расплывчатая речь, лишенная точных образов, стереотипное повторение фраз или отдельных оборотов, вербальные парафазии. Нередко речь больных в началь-



ных стадиях старческого слабоумия производит впечатление атактической, недостаточно целенаправленной. Несколько позже выступают и нарастают расстройства диалогической речи. Об этих расстройствах свидетельствует, например, беседа с больной В.

В о п р о с: Как Ваша фамилия?

О т в е т: Мария Ивановна. Я уже забыла, что Вы мне сказали. Я что-то немножечко была занята, и так вот ясно выходит.

В о п р о с: Сколько Вам лет?

О т в е т: Сейчас я Вам скажу. Вспомню. Ну, вот так... мне... я Вам скажу сейчас... В общем... хорошее было влатье (парафазия)... питались хорошо.

В о п р о с: Что сегодня было на завтрак?

О т в е т: Завтракала, ела. Тут, во-первых... первым делом нужно делать... Так же, как и у Вас... в тот раз. Сегодня я ехала... Как называется забыла. Я сегодня очень плохо делала. Мне плохо стало вдруг и таким образом это началось. В общем, я так замучена эти дни.

Таким образом, нарушение связи между вопросом и ответом принимает форму расстройств диалогической речи и наблюдается, как правило, при выраженном слабоумии и глубоких мнестических расстройствах.

У всех больных простым старческим слабоумием отмечается заметное, постоянно прогрессирующее обеднение словарного запаса. В то же время речь при всей бедности словарного запаса длительное время сохраняет живость и естественность в противоположность медлительности и беспомощности речи при атеросклеротическом слабоумии (С. Г. Жислин, 1956). По мере оскудения словарного запаса возрастает количество стереотипных оборотов, выполняющих вспомогательную роль служебных слов — речь больных становится все более фрагментарной, инкогерентной, превращаясь в непонятный набор слов, вербигерацию. В исходных состояниях старческого слабоумия функция речи как средства общения оказывается полностью разрушенной, речь этих больных сводится к невнятному бормотанию, в котором иногда удается уловить отдельные слова и сочетания слов.

Характеризуя расстройства предикативной функции речи при старческом слабоумии, мы указывали на наличие при этом вербальных парафазий. Иногда это парафазии комплексного типа, когда слово заменялось близ-



ким в родовом отношении. Так, больная Б., рассказывая о своем детстве, говорит: «Муж (вместо «отец») меня воспитывал». Такого рода вербальные парафазии встречаются на более ранних стадиях заболевания. При резко выраженных амнестических расстройствах наблюдаются своеобразные парафазии, когда необходимое слово заменяется словами, характеризующими какие-либо свойства предмета. Так, вместо «часы» больная говорит — «это временное», вместо «карандаш» — «письменное», вместо «катушка» — «нитки для шитья». Иногда слово парафатически заменяется неологизмом, в образовании которого могут играть роль элементы контаминации, например, вместо «чайник», больная говорит «пьяник» (сплав слов «пить» и «чайник»). Нередки вербальные парафазии по созвучию — так, вместо «катушка» больная говорит «каток», вместо «построим» — «потрогали». Постепенно парафатические замены слов начинают все больше носить случайный характер и соответственно уменьшается способность больных замечать допущенные в речи ошибки и исправлять их. Известно, что вербальные парафазии не являются одной лишь словесной заменой, которая бы составляла интактным мышление, процессы обобщения (Э. С. Бейн, 1961).

Характер вербальных парафазий при афатических состояниях определяется особенностями нарушения мышления, внутренней и экспрессивной речи, присущими каждому виду афазий. При старческом слабоумии вербальные парафазии лишены специфичности, обусловленной очаговым поражением той или иной речевой зоны. Они выявляются, как и при атеросклеротическом слабоумии, эпизодически. Их динамика соответствует нарастанию интеллектуально-амнестических расстройств. Предпосылкой возникновения вербальных парафазий при старческом слабоумии, возможно, является нестойкость словесных рядов, обусловленная глубокими амнестическими расстройствами. Больным не удается повторение простого распространенного предложения, что свидетельствует о выраженных затруднениях запоминания, удержания и повторения словесного ряда. В обычной пробе на запоминание эти больные, несмотря на многократное повторение обследующим 10 слов, называют не более 2 — 3 слов, обычно последних.



Приведем протокол пробы на запоминание больной, страдающей сенильной деменцией:

	I	II	III	IV	V	VI
окно	—	—	—	—	—	—
река	—	—	—	—	—	—
булка	—	—	—	—	—	—
сено	—	—	—	—	—	—
пальто	—	—	—	—	—	—
роза	—	—	—	—	—	—
очки	—	—	—	—	—	—
гора	—	—	—	—	—	—
кошка	+	+	+	—	+	+
часы	+	+	+	+	+	+

Затруднения при повторении словесного ряда достигают значительной степени. Для выявления их больного просят повторить за обследующим простое распространенное предложение. Так, больная М. несколько раз пыталась повторить предложение: «В саду за высоким забором росли яблоки». В первый раз больная сказала: «Не могу. Тут же я забыла». После повторения заданного предложения произнесла: «В саду... забор». Третья попытка: «Росли яблоки за забором». Четвертая: «В саду... за высоким забором... выросли (вместо росли) яблоки». Однако полученный результат оказался нестойким — в следующий раз больная говорила: «В саду... выросло». Есть все основания придавать амнестическим расстройствам значение предпосылки для возникновения вербальных парафазий при старческом слабоумии.

У сенильных больных уже на ранних этапах заболевания обнаруживается нарушение номинативной функции речи. Для исследования номинативной (обозначающей) функции речи проверяют возможность обследуемого называть предметы, их изображение на рисунке. Для этого желательно использование рисунков различной степени сложности — реалистических, силуэтных, контурных (т. е. с перспективой и без нее, с вспомогательными деталями и без них), таблиц Поппельрейтера. Исследование речи в этих случаях в какой-то степени совпадает с исследованием оптического гнозиса. Степень затруднений, испытываемых больными, зависит от двух обстоятельств: сложности оптико-пространственного восприя-



тия и необходимости дополнить рисунок недостающими деталями. Так, значительно хуже воспринимаются рисунки с пространственной перспективой и лучше воспринимаются рисунки, выполненные как бы в одной плоскости. Значительные затруднения наблюдаются при восприятии больными силуэтных рисунков. Так, изображение будильника, на котором видны стрелки и цифры циферблата, воспринимаются и оцениваются верно, тогда как увидев один лишь силуэт будильника, больная проявляет совершенную несостоятельность.

Таким образом, можно полагать, что в нарушении номинативной функции речи при простом старческом слабоумии определенную роль играет оптико-гностическая недостаточность, внешне напоминающая очаговую оптическую агнозию и отличающаяся от последней меньшей выраженностью расстройств восприятия, их постепенным возникновением и нарастанием. Наряду с этим на более поздних этапах заболевания у больных старческим слабоумием отмечаются и явления амнестической афазии.

У больных с простой формой старческого слабоумия отмечаются такие особенности амнестически-афатических проявлений, как ничтожная эффективность подсказки и отсутствие поисков необходимого слова. Так, подсказка почти всего слова далеко не всегда помогает больным, причем эффективность подсказки значительно уменьшается по мере течения заболевания. Что касается поисков необходимого слова, то амнестическая афазия при старческом слабоумии отмечается на относительно поздних этапах заболевания, когда на смену многоречивости приходит и нарастает речевая аспонтанность, происходит снижение речевой активности. Эти обстоятельства существенно отличают амнестическую афазию при простом старческом слабоумии от истинных очаговых амнестических афазий.

Амнестическая афазия выявляется у больных простым старческим слабоумием при одновременном наличии персевераций. Механизм возникновения персевераций вытекает из патофизиологических особенностей старческого слабоумия и обусловлен патологической инертностью раздражительного процесса и слабостью активного торможения (Н. П. Татаренко, 1934; Л. Б. Гаккель, 1951). Если персеверации при очаговых поражениях



речедвигательного анализатора замечаются самим больным, пытающимся их преодолеть, то при старческом слабоумии они как бы не воспринимаются больным. Аналогичное явление в рамках очаговой патологии наблюдается при одновременном поражении речедвигательного и речевоспринимающего анализаторов, при старческом же слабоумии это явление — один из признаков диффузного поражения коры головного мозга, не оставляющего интактным оба анализатора.

Дальнейшее углубление расстройств номинативной функции речи тесно связано с прогрессированием не только амнестически-афатических, но и оптико-гностических расстройств и слабоумия, приводящего к нарушению отождествления образа слова и его значения. Например, больная Б. по просьбе обследующего называет показываемые ей предметы следующим образом:

Карандаш — Это хорошо... вот. Это пожалуйста.

Лампочка — Это ваше.. ваше.

Тогда опыт видоизменяется следующим образом: по просьбе обследующего она должна выбрать один называемый ею предмет из нескольких лежащих перед ней на столе. Однако и в этом случае больная обнаруживает свою несостоятельность, свидетельствующую о полном выпадении номинативной функции речи.

Исходом нарушения номинативной функции речи при старческом слабоумии является абсолютное нарушение называния предметов при полной безуспешности подсказки. Даже называемое обследующим слово не относится больным к реальному объекту.

Номинативная функция речи осуществляется различными отделами коры головного мозга, в том числе и зрительным ее анализатором. Если при амнестической афазии, возникшей вследствие инсульта, неполноценность зрительного предметного восприятия наблюдается только тогда, когда амнестическая афазия сопровождается теменно-затылочные повреждения (Е. П. Кок, 1957), то при старческом слабоумии оптико-гностическая недостаточность является почти постоянным компонентом нарушения номинативной функции речи.

Наряду с устной речью при подозрении на старческое слабоумие у больных обязательно исследуется письменная. Это исследование должно проводиться повторно, так как именно сравнение аграфических расстройств на



различных стадиях заболевания позволяет обнаружить некоторые их характерные особенности. С этой целью проверяется способность обследуемого писать произвольно, под диктовку, а также воспроизводить так называемые автоматизированные энграммы (фамилия, имя, адрес). При старческом слабоумии отмечается определенная последовательность расстройств письменной речи. Вначале отмечается ухудшение возможности произвольного письма, затем письма под диктовку и наконец списывания и воспроизведения автоматизированных энграмм («старческое дрожание» по Э. Крепелину). Если в начале заболевания больные старческим слабоумием еще могут писать под диктовку, обнаруживая при этом большое количество парафазий и заметные изменения почерка (буквы становятся угловатыми, деформируются), то впоследствии становится невозможным даже списывание и воспроизведение автоматизированных энграмм — дрожащим почерком стереотипно больные пишут одни и те же каракули, утратившие сходство с буквами. Такого рода бессмысленная вереница неразличимых букв, переходящих в однообразно повторяющиеся штрихи, была названа Е. Краепелин «сенильной аграфией». Явления аграфии при старческом слабоумии связаны с расстройствами праксиса, амнестически — диспрактическими нарушениями (Domagus, 1923; Moglaas, 1929). По нашим наблюдениям, у больных старческим слабоумием оказывается нарушенным осмысление стоящей перед ними задачи, отмечается углубляющееся со временем забывание больными почти всех букв. Несомненна роль и конструктивной апраксии в генезе аграфических расстройств. Так, больные не могут копировать буквы, несложные рисунки, фигуры и т. д.

В аграфических проявлениях при старческом слабоумии большую роль играют персевераторные механизмы. Они проявляются не только в исходном состоянии, когда больные персевераторно многократно воспроизводят одну и ту же букву или каракули, но и на более ранних стадиях болезни. Так, больной И. было предложено написать под диктовку: «Ваня и Петя возвращались из школы домой. По дороге они встретили Таню». Вначале больная отказалась, заявив, что «не умеет рисовать» (парафазия вместо «писать»), затем написала: «Ваня и Петя рисовали, рисовали возвращались из школы до-



мой. По дороге они захотели вернуться домой. Таню они встретили».

Динамика аграфических расстройств при старческом слабоумии свидетельствует о постепенном общем распаде всей функции письменной речи, без преимущественного выпадения какой-либо одной ее стороны, как это бывает при очаговых поражениях сосудистого генеза, протекающих с синдромом моторной или сенсорной афазии.

Расстройства чтения, обнаруживаемые при старческом слабоумии, как и аграфические расстройства, отличаются неуклонной прогрессивностью. Вначале это нарушение понимания прочитанного. Чтение вслух производится автоматически. Появляются и становятся все более частыми паралексии, которые со временем перестают замечаться больными и не исправляются даже при обращении внимания больного на допущенные им при чтении ошибки. Нередко при чтении слово заменяется другим, начинающимся с того же слога. Так, больная Х-к фразу «Начищенный самовар блестит, как золото» читает следующим образом: «Начищенный сахаром блестит, как золото». Фраза «Нельзя питаться одними пирогами», читается так: «Нельзя питаться одинаково пирогами». По мере нарастания расстройств чтения вербальные паралексии сменяются грубыми литеральными. Так, например, «лопата» читается как «лотата», «арбуз» — «арбув», «береза» — «бразиня» и т. д. На поздних этапах простого старческого слабоумия буква как бы теряет свое сигнальное значение, больные утрачивают способность читать отдельные буквы, не отличают их от цифр и других знаков.

### БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Болезнь Альцгеймера является атипичной формой старческого слабоумия. Своеобразие этого заболевания проявляется в более раннем (но не всегда) начале болезни, более тяжелом течении и наличии в клинической картине симптомов, свидетельствующих об очаговом характере поражения головного мозга. Это подтверждается при анатомо-гистологическом исследовании мозга: на фоне общего поражения атрофическим процессом коры головного мозга при болезни Альцгеймера отмечаются участки, где атрофия особенно сильно выражена: темен-



но-затылочные, височные и лобные отделы коры, особенно левого полушария.

При изучении психопатологических проявлений при болезни Альцгеймера руководствуются принятым разделением течения заболевания на три стадии. Первая стадия (начальная) характеризуется изменениями интеллекта, памяти и внимания, без выраженных грубоочаговых симптомов, вторая — выраженным слабоумием и фокальными симптомами (афатическими, агностическими, апрактическими), третья (терминальная) — глубоким психическим распадом, больные ведут сугубо вегетативное существование.

В первой стадии болезни Альцгеймера данные патопсихологического исследования мало отличаются от таковых при сенильной деменции. На передний план выступают прогрессирующие расстройства памяти. Клинически определяется недостаточность памяти, распространяющаяся вначале главным образом на события, хронологически близкие к периоду начала заболевания. В ряде случаев отмечаются и умеренно выраженные, не очень стойкие конфабуляции. Они обычно обнаруживаются, когда больным приходится рассказывать о событиях своей жизни в определенные периоды, при расспросах врача о том, что происходило накануне, несколько дней или неделю назад и т. д. Сами по себе больные активно не продуцируют конфабуляторные воспоминания. Конфабуляции обычно выявляются лишь при соответствующим образом направленной речи больных. По мере нарастания амнестических расстройств конфабуляции исчезают: больные безразлично относятся к обнаруживаемым в беседе пробелам в их памяти и не пытаются их ничем заполнить. Чаще всего конфабуляции отмечаются при проявлении болезни Альцгеймера в более позднем возрасте, после 60 — 65 лет.

Выражением амнестического симптомокомплекса является постоянно наблюдающаяся при болезни Альцгеймера амнестическая дезориентировка. В связи с этим становится понятным значение исследования функции памяти при предположении болезни Альцгеймера. В беседе с больным проверяется память на события прошлого и текущие, устанавливается, насколько больной ориентирован в месте и времени, есть ли у него конфабуляции. Кривая запоминания в пробе на запоминание 10



слов при болезни Альцгеймера носит такой же характер, как при старческом слабоумии. Затруднения в запоминании при болезни Альцгеймера в значительной мере связаны с выраженной недостаточностью активного внимания.

В определенной связи с амнестическими расстройствами находятся и столь характерные для начальных этапов болезни Альцгеймера затруднения в восприятии и удержании нового материала, особенно абстрактного характера, в создании новых навыков. Это определяется при экспериментально-психологическом исследовании. Обследуемый должен воспроизвести за обследующим несложный двигательный стереотип. Например, три-четыре движения кисти руки в определенной последовательности. Наши наблюдения показывают, что такие стереотипы образуются с большим трудом в начальной стадии болезни Альцгеймера, отличаются крайней нестойкостью и не воспроизводятся больными уже после 10 — 15-минутного перерыва.

Одновременно с расстройствами памяти отмечается интеллектуальная недостаточность. Больные оказываются несостоятельными при предъявлении им несложных заданий по методике исключения, при необходимости подобрать обобщающее понятие для нескольких предметов или явлений (так называемые пробы на синтез). Эти явления интеллектуальной недостаточности еще более усугубляются намечающимися уже в этот период нарушениями высших корковых функций речи, гнозиса и праксиса, которые впоследствии достигнут такой степени выраженности, что можно будет говорить об афазии, агнозии и апраксии.

Примером этого могут служить явления утраты больными в начальной стадии болезни Альцгеймера старых навыков, в первую очередь наиболее дифференцированных, тонких и сложных, наиболее поздно приобретенных в течение жизни. В определенной степени это связано с прогрессированием амнестических расстройств. Утрата больными навыков предшествует развитию во второй стадии заболевания грубых апрактических расстройств и, возможно, является первоначальным звеном в генезе апраксии (Э. Я. Штернберг, 1960). Об этом свидетельствует и обнаруженное нами обстоятельство — при утрате больными прежних навыков мы отмечали у них явления конструктивной апраксии.



Обнаружение конструктивной апраксии в начале болезни Альцгеймера имеет большое значение и при исследовании не представляет сложности. Обследуемому предлагают скопировать несложную фигуру из палочек. Он не может ее воспроизвести не только по памяти, но и имея перед глазами образец. Иногда первые фигуры копируются удовлетворительно, но последующие уже не воспроизводятся, более того обследуемый как бы утрачивает инструкцию и вместо выполнения задания дополняет фигуру-образец. Это, по нашему мнению, может рассматриваться как первое проявление недостаточности конструктивного праксиса и стоит в связи с так называемым угасанием функции, слабостью оптического внимания (М. С. Лебединский, 1966), наступающими при поражении затылочной области. Нарушения конструктивного праксиса проявляются и в невозможности составить звезду из ромбов, заштриховать клетки шахматной доски в требуемом порядке.

Расстройства речи (устной и письменной) так же характерны для первой стадии болезни Альцгеймера, как и симптомы нарастающей интеллектуально-мнестической недостаточности. При этом отмечаются затруднения и ошибки в произнесении слов, особенно труднопроизносимых. Иногда меняется характер речевой мелодии: она становится неуверенной, дрожащей. Часты ошибки в расстановке ударений в словах. Предшественником столь характерных для второй стадии болезни Альцгеймера афатических расстройств является обнаруживаемая в конце первой стадии семантическая афазия. Больные не понимают таких понятий, как «мамина дочка» и «дочкина мама» (обычно с этой целью удобно показать больному рисунок, изображающий женщину с ребенком, и спросить — кто из них дочкина мама, а кто мамина дочка), «брат отца» и «отец брата». Они не понимают логико-грамматические конструкции — флективные (показать карандашом книгу, лампочку, показать ключом карандаш), предложные (книга на карандаше, карандаш под книгой), сравнительные (дерево выше здания, здание выше дерева). Приводим примеры семантической афазии. Больная С-ая по поводу понятий «отец брата» и «брат отца» говорит: «Все родственники».

Больная Б. отказ сравнить эти же понятия мотивирует следующим образом: «Не знаю, ничего не могу ска-



зять. У них там народу много, детей много. Куда уж там искать». Она же пытается объяснить понятия «дочкина мама» и «мамина дочка» так: «Значит дочка была раньше рождена, чем мать».

Следует отметить, что в конце первой стадии болезни Альцгеймера, в сущности на границе ее со второй, нередко отмечается ряд признаков определенно очагового генеза, свидетельствующих о преимущественном поражении теменно-затылочной области доминантного полушария. Это уже упоминавшиеся нами семантическая афазия и конструктивная апраксия, а также своеобразные явления нарушения счета и нередко наблюдавшиеся нами явления симультанной агнозии. Нарушения счета (акалькулия) характеризуются утратой больными представлений о разрядности чисел. При записи под диктовку число 1030 воспроизводится как 100030, 102 — 1002, 390 — как 30090 и т. д. Соответственно нарушается и восприятие чисел, легко выявляющееся при попытках сравнения их.

По нашим наблюдениям, больные в начальной стадии болезни Альцгеймера при сравнении чисел руководствуются, как это бывает при затылочных поражениях коры головного мозга, оценкой чисел не по разрядному значению всего числа, а по значению входящих в него цифр (А. Р. Лурия, 1962). Так, они определяют, что 398 больше 401, 1978 больше 2120 и т. д. Этим объясняется то, что при болезни Альцгеймера в первую очередь становится невозможным выполнение счетных операций, требующих перехода через какие-либо разряды. Например, страдающие болезнью Альцгеймера не могут сложить два числа, сумма которых превысит десять, но в это время счетные операции в пределах десятка еще могут удовлетворительно выполнять.

Явления симультанной агнозии обнаруживаются при описании больными сюжетных рисунков — перечисляются отдельные изображенные на рисунке предметы (при отсутствии выраженной амнестической афазии), но взаимоотношения между ними больным не улавливаются.

Выявление такого рода патопсихологического «букета» симптомов, свидетельствующих о преимущественной локализации патологического процесса в теменно-затылочной области, имеет важное значение для диагностики болезни Альцгеймера, однако, часто эти симптомы про-



смаатриваются. Следует отметить, что именно первая стадия болезни Альцгеймера наиболее богата данными, необходимыми для решения дифференциально-диагностических вопросов. Примером этого может служить сравнение начальных проявлений болезни Альцгеймера и болезни Пика, различие которых в исходной стадии связано с большими трудностями.

В отличие от болезни Альцгеймера при болезни Пика расстройства памяти никогда не оформляются структурно в единый симптомокомплекс. Как правило, при болезни Пика отсутствуют конфабуляции. Дезориентировка этих больных не носит амнестического характера. Об этом свидетельствуют некоторые ответы больных, когда врачу удается сосредоточить их внимание на круге вопросов, связанных с местонахождением больного, хронологическими данными; об этом же можно судить по некоторым косвенным высказываниям больных.

Это явление напоминает наблюдавшуюся Л. Г. Членовым и А. М. Шуберт (1940) при болезни Пика редуцированную ориентировку. Описанная ими больная сохраняла адекватное поведение, если ей приходилось иметь дело с объектами, расположенными по средней линии и вблизи нее. Она правильно находила и называла эти объекты, манипулировала с ними, меняла их местоположение. Эти формы деятельности резко нарушались, если объекты оказывались вне поля внимания больной. Эти явления, по мнению авторов, могут играть определенную роль, как в возникновении апрактических, агностических и афатических расстройств, так и в нарушении ориентировки. В. А. Гиляровский (1946) отмечал аналогичные явления при лобных поражениях травматического генеза, не объяснявшиеся им расстройствами памяти — при настойчивых наводящих вопросах можно убедиться, что факты, как будто забытые, больному известны, но они находятся в каком-то другом круге представлений, переход к которому затруднен. Явления редуцированной ориентировки объяснялись нарушением интеллектуальной деятельности и слабостью побуждений, аспонтанностью.

Слабоумие, развивающееся при болезни Пика, носит уже в самом начале заболевания более грубый характер, чем при болезни Альцгеймера. Происходит как бы диссоциация всех высших интеллектуальных функций, нарушена их координация. В первую очередь это отражается



в особенностях личности больного, изменения которой либо напоминают псевдопаралитические картины, либо характеризуются преобладанием вялости и пассивности, нарастанием аспонтанности и оскудения речи. В дальнейшем при болезни Альцгеймера можно отметить длительную сохранность некоторых свойств личности, сознание больными своей неполноценности, эмоциональную откликаемость.

Намечающиеся в конце первой стадии очаговые расстройства речи, гнозиса и праксиса достигают наибольшего развития во второй стадии, обнаруживая при этом своеобразную динамику, позволяющую, например, говорить об афазии атрофического генеза, протекающей иначе, чем при других (опухолевых, сосудистых) органических поражениях головного мозга.

Для этой стадии характерен синдром амнестической афазии, которая находится в прямой связи с расстройствами памяти. По нашим наблюдениям, амнестическая афазия обнаруживалась при болезни Альцгеймера в 95,4% случаев. Об этом же свидетельствуют данные Sjogren с соавторами (1952), отмечавших в 92% случаев амнестическую афазию при болезни Альцгеймера.

При болезни Пика (височном варианте заболевания) амнестическая афазия нами отмечалась лишь в 22,2% случаев. Таким образом, амнестическая афазия, по литературным и нашим данным, более характерна для болезни Альцгеймера. Однако наличие амнестической афазии в клинической картине не является серьезным аргументом против диагностирования болезни Пика, так как она встречается при наиболее трудном в дифференциально-диагностическом отношении височном варианте этого заболевания.

При болезни Альцгеймера уже в начале заболевания обнаруживаются явления оптико-гностической недостаточности, такие же, как и при старческом слабоумии. Их сочетание с амнестической афазией при болезни Альцгеймера создает своеобразную картину нарушения номинативной функции речи. При показе больным предметов обнаруживаются затруднения в назывании этих предметов при сохранности представлений об их назначении и свойствах.

При показе изображений предметов больные не только не могут назвать эти предметы, но не могут указать



свойства, часто неправильно их называют. В дальнейшем у них обнаруживается картина оптической агнозии. В качестве примера такого своеобразного нарушения номинативной функции речи при болезни Альцгеймера приведем называние предметов и изображений предметов на рисунке больной Г-й.

### *Предметы*

### *Обозначение*

Лампочка — Это такое... завертывают (после подсказки назвала).

Наперсток (Одела на палец).— Вот я не могу... так то... что-нибудь делать (после подсказки двух слогов) А, боже... я знаю — наперсток.

Зеркало — Зеркало это.

Катушка — Это... с этой, как его... Хорошая штука, а не помню как назвать. Наматывают это.

Спички — А это тоже... шпи... или... нет — спички.

Часы — А это кладут на ручечку, чтоб хорошо видно было.

Карандаш — Перо. Вот так возьмут и пишут.

### *Изображение на рисунке*

### *Обозначение*

Чайник — Вот красненькое такое... всякое...

Вишня — Это хорошие... какие-то бубенчики...

Чашка с блюдцем — Не знаю.

Больной показывают настоящие чашку и блюдце.— Это чай пить... Тарелочка. Ну, конечно.

Шкаф — Это что-то... не знаю.

Больной показывают на стоящий в комнате шкаф.— Это... все держат в нем.

Очки — Какие-то кольца... не могу Вам сказать...

Больной показывают настоящие очки.— А это на глаза одевать... стекла такие.

Приведенный пример показывает, что недостаточность номинативной функции речи у больной носит двойкий характер. С одной стороны, она обусловлена амнестической афазией, с другой — оптико-гностической несостоятельностью. Последняя при болезни Альцгеймера выражена более резко, чем при старческом слабоумии, нарушено узнавание предметов даже на относительно несложных рисунках.



Очень часто при болезни Альцгеймера обнаруживается обеднение речи существительными. При этом фразы строятся грамматически неправильно, обрываются на половине, пропускаются и ничем не замещаются отдельные слова, некоторые слова остаются незаконченными.

Это особенно заметно при исследовании монологической речи. Приводим точную запись автобиографии больной С-й, рассказанной ею по просьбе обследующего.

«Ро-ро-родилась (явления логоклонии) я 10 марта. Была я ма-маленькой. Отец был... Ма-мать не работала, потому что не... Не работала и кончено. Потом я поступила в... как это... это не институт... не на курсы мед... а... а... Окончила и поступила в поликлинику. Тридцать два года работаю в одном и том же... как на-на-назвать его...».

Еще до появления выраженных амнестически-афатических расстройств на самых ранних этапах болезни Альцгеймера отмечается изменение почерка, появляются многочисленные параграфии. Стадии амнестической афазии при болезни Альцгеймера уже присущи грубые аграфические нарушения: оказывается невозможным не только произвольное письмо и письмо под диктовку, но нарушены и списывание и воспроизведение автоматизированных энграмм.

Письменная речь является сложным актом, одной из сторон речевой функции. В ее осуществлении принимают участие двигательно-кинестетический, речедвигательный и слуховой анализаторы. При поражении одного из них нарушается функция и других анализаторов, участвующих в письменной речи. Однако первичное поражение одного из указанных анализаторов обуславливает специфичность проявлений афазии. А. Р. Лурия, уделивший много внимания изучению особенностей аграфических проявлений, показал, как в их специфике отражается первичное нарушение функции одного из речевых анализаторов. Этим объясняется своеобразие аграфических проявлений при моторной либо сенсорной афазии. Так, при сенсорной афазии в письменной речи мы находим проявления распада фонематического слуха. Е. А. Барановский (1959) отмечает, что помимо очаговых поражений в возникновении афатических проявлений определенную роль играют и функционально-динамические нарушения подвижности основных нервных процессов.



Последнее подтверждается и нашими наблюдениями при амнестической афазии сосудистого генеза.

Расстройства письма при болезни Альцгеймера значительно отличаются от таковых при амнестической афазии, возникшей вследствие острого нарушения кровообращения — большей выраженностью и необратимостью. Можно предполагать, что участие функциональных элементов в образовании аграфических расстройств при болезни Альцгеймера минимально. Если при амнестической афазии сосудистого генеза списывание и воспроизведение автоматизированных энграмм остается сохранным, то при болезни Альцгеймера эта сторона письменной речи страдает уже в самом начале заболевания. Такого рода расстройства письма с нарушением графом характерны, по А. Р. Лурия (1950), для поражений затылочно-теменных отделов доминантного полушария. Эти расстройства письменной речи прогрессируют и довольно рано приводят к образованию абсолютной аграфии, обнаруживаемой при болезни Альцгеймера уже на фоне легкой транскортикальной сенсорной афазии, а иногда и раньше, когда расстройства устной речи еще носят характер амнестической афазии. Указанная диссоциация афатически-аграфических проявлений (последние опережают первые) может быть объяснена множественным характером очаговости поражения мозговой коры при болезни Альцгеймера.

Обращает на себя внимание отличие аграфических расстройств при болезни Альцгеймера от сенильной аграфии. В расстройствах письма при болезни Альцгеймера значительную роль играет очаговость поражения мозга, клинически они проявляются как психопатологический симптом очагового значения. При сенильной же деменции функция письменной речи разрушается постепенно, нарушаются вначале более сложные и позже приобретенные элементы (произвольное письмо, письмо под диктовку), а затем более простые (списывание, воспроизведение автоматизированных энграмм).

С ранним выявлением очагов атрофических поражений теменно-затылочных отделов доминантного полушария связаны и характерные для болезни Альцгеймера алексические расстройства. В их генезе, как известно, принимают участие пространственно-агностические, афатические, амнестические и аграфические нарушения.



Различают первичные алексии, обусловленные нарушением механизмов восприятия букв, и вторичные «симптоматические», наблюдавшиеся при афазии. Алексия при болезни Альцгеймера может быть охарактеризована как первичная. Наблюдается динамика алексических расстройств — от так называемой литеральной алексии, являющейся (В. М. Смирнов, 1962) результатом нарушения процессов обобщения и отвлечения в системе восприятия букв (на уровне второй сигнальной системы), к агностической алексии, когда оказываются нарушенными процессы анализа и синтеза оптико-пространственных отношений вообще (на уровне первой сигнальной системы). Практически переход от литеральной алексии (когда чтение еще возможно, но протекает с паралексиями и без понимания смысла прочитанного) к агностической алексии (когда больные совершенно не узнают и не называют буквы, не отличают их от каких-либо других знаков) осуществляется при болезни Альцгеймера очень быстро и вне связи с афатическими расстройствами.

Расстройства письменной речи и чтения, выявляемые при болезни Альцгеймера на ранних этапах заболевания, являются важным дифференциально-диагностическим критерием при необходимости отграничения ее от болезни Пика, при которой длительное время сохраняется написание автоматизированных энграмм и чтение (без понимания прочитанного).

Явления семантической и амнестической афазии достигают максимальной выраженности в начале второй стадии заболевания, а затем затухают, как бы перекрываются сенсорно- и моторно-афатическими проявлениями. Указанные афатические расстройства при болезни Альцгеймера не сменяют друг друга, а как бы наслаиваются друг на друга. Таким образом, у больного с явлениями сенсорной афазии можно отметить и наличие амнестически-афатических проявлений. Это значительно затрудняет квалификацию речевых расстройств. О присоединении сенсорной афазии мы можем судить по наступлению и прогрессированию нарушений понимания обращенной к больному речи. При этом обязательно проверяется не только понимание больным речи, но и сохранение им возможности повторять услышанную речь. При сохранности повторной речи говорят о транс-кортикальной сенсорной афазии — эта стадия при болез-



ни Альцгеймера оказывается более длительной, чем кортикальная, при которой нарушено повторение. Присоединение к сенсорной афазии явлений моторной приводит к большому числу грубых парафатических искажений слов.

Приводим в качестве примера беседу с больной.

В о п р о с. Назовите, пожалуйста, свою фамилию.

О т в е т. Алимолла (вместо Алимова).

В о п р о с. Как Вас зовут?

О т в е т. Алимова... Подождите... забыла... так за-за-забыла (логоклония — В. Б.)... Сказала... залазала...

В о п р о с. А отчество?

О т в е т. Отчиш... отчис... свое дело...

В о п р о с. Сколько Вам лет?

О т в е т. Сколько? Шесть с ней... два рубля... два рубля... три рубля... Нет, вот так... Тилько... тилько говорила так Пелаглей (больную зовут Пелагеей)... пелила... глилена и больше ничего.

Для кортикальной сенсорной афазии характерно нарушение фонематической дифференцировки. Больные не различают близких фонем в предложенных им для повторения слогах. Так, повторяя за обследующим пары слогов, эта же больная вместо ба-па и па-ба произносит ба-ба. Фонематическая дифференцировка может проверяться и при повторении слов и в спонтанной речи — по характеру парафазий можно судить о неразличении близких фонем. Примеры таких парафазий: пудылочка (бутылочка), парабан (барабан), сабор (забор) и т. д.

Обычно на стадии сенсорной афазии, а иногда и раньше — при явлениях амнестической афазии — обнаруживаются явления логоклонии. Вначале это клоническое ритмическое повторение первого слога или звука слова, затем же логоклонически повторяются и слоги, расположенные посредине или в конце слова. По нашим наблюдениям, логоклония наблюдалась в 76% случаев болезни Альцгеймера, тогда как при болезни Пика логоклония отмечалась лишь в 3,8% случаев. Это обстоятельство дает основание считать, что логоклония — симптом, имеющий определенное значение в дифференциальной диагностике между болезнью Альцгеймера и Пика. В то же время следует помнить, что логоклония наблюдается и при других органических заболеваниях головного мозга: при прогрессивном параличе, после



перенесенного энцефалита. Иногда проявлению логокло-  
нии у больных предшествует своеобразная атаксия сло-  
гов, проявляющаяся в спотыкании на слогах при произ-  
несении скороговорок и трудных слов («подстаканник»,  
«подоконник»).

Афатические расстройства при болезни Альцгеймера  
носят нечеткий характер. В связи с этим можно лишь в  
некоторой степени условно характеризовать наблюдае-  
мые при очагово-атрофических заболеваниях афатиче-  
ские картины применительно к классической систематике  
афазий. Одним из примеров этого является несоответст-  
вие между степенью выраженности афатических и агра-  
фических расстройств. Другим таким примером может  
служить изучение речевой активности при атрофических  
поражениях головного мозга. Мы лишь у 5 больных (у  
3 из 29 с болезнью Альцгеймера и у 2 из 19 — Пика)  
наблюдали при сенсорной афазии логоррею. У всех ос-  
тальных больных отмечалось раннее развитие речевой  
аспонтанности, значительно более выраженное при бо-  
лезни Пика. Это явление свидетельствует о незначи-  
тельной частоте случаев изолированной атрофии височной  
области. Атрофия коры лобных отделов мозга (конвекси-  
тальной поверхности) почти всегда сопутствует атрофии  
височных отделов. Иногда лобное поражение опережает  
височное (случаи, отличающиеся аспонтанностью речи  
с начала заболевания), либо атрофия лобных отделов  
присоединяется к височному поражению (случаи, где  
наблюдавшаяся вначале повышенная речевая активность  
сменяется аспонтанностью). Эта особенность речи при  
болезни Альцгеймера объясняется множественностью  
очагов атрофии, наличием, наряду с очаговой, диффуз-  
ной атрофии коры.

Литеральные парафазии при болезни Альцгеймера  
удается обнаружить еще на стадии транскортикальной  
сенсорной афазии, а иногда и раньше — при амнести-  
чески-афатических проявлениях. Для этого следует лишь  
предъявить больному повышенную речевую нагрузку.  
Это несоответствие парафатических расстройств наблю-  
дающемуся афатическому синдрому свидетельствует о  
наличии скрытых нарушений восприятия речи и является  
признаком своеобразной динамики афатических расст-  
роystв атрофического генеза, так как такая парафати-  
чески-афатическая диссоциация не характерна для клас-  
сических описаний афазии вследствие инсульта.



Параллельно асемическим симптомам (афазии, оптической агнозии, конструктивной, а затем идеомоторной апраксии) во второй стадии болезни Альцгеймера обнаруживается выраженная очагово-неврологическая симптоматика — парезы лицевого нерва по центральному типу, повышение мышечного тонуса конечностей, явления паркинсонизма, нарушения походки. В ряде случаев наблюдаются припадки с судорогами.

Все эти очаговые симптомы обнаруживаются на фоне глубокого слабоумия, при невозможности образования обобщающих понятий, деавтоматизации привычного ряда, при выраженной акалькулии. Определяя слабоумие при болезни Альцгеймера как тотальное, глобальное, Э. Я. Штернберг (1962) указывает, что оно развивается более интенсивно, чем при типичной старческой деменции и может быть по своей выраженности сравнено со слабоумием у нелеченых паралитиков. Однако при наличии выраженной деменции у больных, страдающих болезнью Альцгеймера, длительное время сохраняется сознание своей болезни, чувство собственной несостоятельности, адекватные эмоциональные реакции при посещении этих больных близкими.

Третья стадия болезни Альцгеймера характеризуется глубоким слабоумием, больные как бы ведут вегетативный образ жизни. Несмотря на обычную для этих состояний прожорливость нарастает кахексия. Больные обнаруживают в пределах постели суетливость. Как правило, в этот период отмечается неопрятность больных. В неврологическом состоянии — высокий мышечный тонус, сгибательные контрактуры, пирамидные знаки, хватательный рефлекс, симптомы орального автоматизма.

Речь в терминальной стадии болезни Альцгеймера приходит к окончательному распаду, контакт с больными совершенно невозможен. Это относится к импрессивной речи — больные не осмысливают наиболее часто употребляемых слов и к экспрессивной, которая может вовсе отсутствовать или состоит из отдельных звуков, слогов, осколков слов. Подобная речевая «продукция», там, где сохраняется, носит характер насильственной, стереотипной. Речевая мелодия грубо нарушена, звуки произносятся либо в довольно скором ритме, либо протяжно, нараспев. Практически — это тотальная афазия.



### ЛИТЕРАТУРА

- Бейн Э. С. Парафазии при различных формах афазий. В сб.: «Вопросы клиники и патофизиологии афазий». М., 1961.
- Бейн Э. С. Афазия и пути ее преодоления. Л., 1964.
- Бернштейн А. Н. Клинические лекции о душевных болезнях. М., 1912.
- Бернштейн А. Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных, 2-е изд., М., 1922.
- Биренбаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления. В сб.: «Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии». М.—Л., 1934.
- Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Берлин, 1920.
- Блейхер В. М. Об эпилептической олигофазии. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1963, № 6.
- Блейхер В. М. Об аграфических расстройствах при амнестической афазии. «Врачебное дело», 1964, № 7.
- Блейхер В. М. О расстройствах номинативной функции речи при органических поражениях головного мозга. В сб.: «Питання психології». Київ, 1964.
- Блейхер В. М. О нозологической специфичности речевых расстройств при органических поражениях головного мозга в психиатрической клинике. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1964, № 10.
- Блейхер В. М. О расстройствах речи и памяти при эпилепсии. В сб. «Эпилепсия», т. 11. М., 1964.
- Блейхер В. М. Клинические особенности начальных стадий очагово-атрофических заболеваний головного мозга в позднем возрасте. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1964, № 2.
- Блейхер В. М. О некоторых особенностях шизофренического мышления в экспериментально-психологическом отражении. В сб. «Проблемы патологии высшей нервной деятельности, соматических нарушений, клиники и терапии психозов». Киев, 1965.
- Блейхер В. М. Расстройства письма и чтения при старческих психозах. В сб. «Проблемы гериатрии в клинике нервных и психических болезней». Киев, 1965.



- Блейхер В. М. Расстройства речи при старческом слабоумии. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова». 1966, 4.
- Блейхер В. М. Исследование подвижности основных нервных процессов у эпилептиков в патопсихологическом эксперименте. В сб. «Эпилепсия», Киев, 1967.
- Блейхер В. М. и Минц А. Я. О расстройствах памяти при атеросклерозе сосудов головного мозга. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
- Вайсборд С. А. К вопросу о расстройствах речи при старческом слабоумии. В сб.: «Вопросы патологии речи». Харьков, 1959.
- Васильева В. А. Нарушения темпа сенсомоторных реакций у больных, страдающих сосудистыми заболеваниями мозга. В сб.: «Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга», М., 1960.
- Викуллова Л. В. Исследования уровня притязаний у детей-олигофренов. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1956.
- Гальперин И. Я., Голубова Р. А. Механизм парафазии комплексного типа. «Советская психоневрология», 1933, № 6.
- Гаккель Л. Б. Опыт сравнительного изучения нарушений высшей нервной деятельности у больных олигофренией и старческим слабоумием. Журнал высшей нервной деятельности им. Павлова, 1951, № 1.
- Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. М., 1946.
- Говоркова А. Ф. Опыт изучения некоторых интеллектуальных умений. «Вопросы психологии», 1962, № 2.
- Горовой-Шалтан В. А. О расстройствах памяти при сосудистых поражениях головного мозга. Труды III научной сессии ВММА. Л., 1950.
- Жислин С. Г. К дифференциальной диагностике психозов позднего возраста. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1960, № 6.
- Завилянская Л. И., Блейхер В. М. Дифференциальная диагностика астенических состояний экспериментально-психологическими методами. «Врачебное дело», 1966, № 2.
- Завилянский И. Я., Тарашанская Р. Е. Об экспериментально-психологических исследованиях эпилептиков. В сб.: «Вопросы клинической психологии» Киев, 1959.
- Зейгарник Б. В. К проблеме понимания переносного смысла слов или предложений при патологических изменениях мышления. В сб.: «Новое в учении апраксии, агнозии и афазии». М., 1934.
- Зейгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.
- Зейгарник Б. В. Особенности интеллектуальной деятельности больных с начальными фазами церебрального атеросклероза. В сб.: «Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга». М., 1960.
- Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.



- Зейгарник Б. В. Предмет и методы патопсихологии. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Зейгарник Б. В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психических больных. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Зейгарник Б. В. Введение в патопсихологию. М., 1969.
- Зейгарник Б. В. и Рубинштейн С. Я. Методическое письмо об экспериментально-психологическом исследовании больных в психоневрологических учреждениях. М., 1958.
- Зурабашвили А. Д. Некоторые данные о словесной сигнализации. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1955, № 11.
- Зурабашвили А. Д. О вопросах персоналистической психологии. «Вопросы психологии», 1965, № 3.
- Иванов-Смоленский А. Г. Методика исследования условных рефлексов у человека. Л., 1928.
- Иванов-Смоленский А. Г. Опыт объективного изучения работы и взаимодействия сигнальных систем головного мозга. М., 1963.
- Коган В. М., Роговин М. С. Проективные методы в современной зарубежной психологии личности и патопсихологии. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1964, № 4.
- Кок Е. П. О неполноценности зрительного предметного восприятия при одной из форм амнестической афазии. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1957, № 9.
- Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М., 1923.
- Лебединский М. С. Афазия, агнозия, апраксия. Харьков, 1941.
- Лебединский М. С. Опыт исследования дифференциации слов. В сб.: «Материалы совещания по психологии». М., 1963.
- Лурия А. Р. Очерки психофизиологии письма. М., 1950.
- Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962.
- Мелешко Т. К. Особенности процесса сравнения у больных шизофренией. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1966, № 1.
- Первомайский Б. Я. О некоторых нарушениях мышления и речи у психически больных. В сб.: «Психическая клиника и проблемы патологии высшей нервной деятельности», вып. II, Л., 1957.
- Перепелкин В. Н. Особенности процесса сравнения наглядных объектов у детей больных эпилепсией. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Поляков Ю. Ф. Особенности нерезко выраженных нарушений мышления при шизофрении. В сб.: «Проблемы шизофрении, психопатологии и реактивности состояний». М., 1961.
- Поляков Ю. Ф. Особенности методических приемов исследований нарушения познавательных процессов при шизофрении. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии», М., 1965.
- Рубинштейн С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии. М., 1962.
- Рубинштейн С. Я. Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.

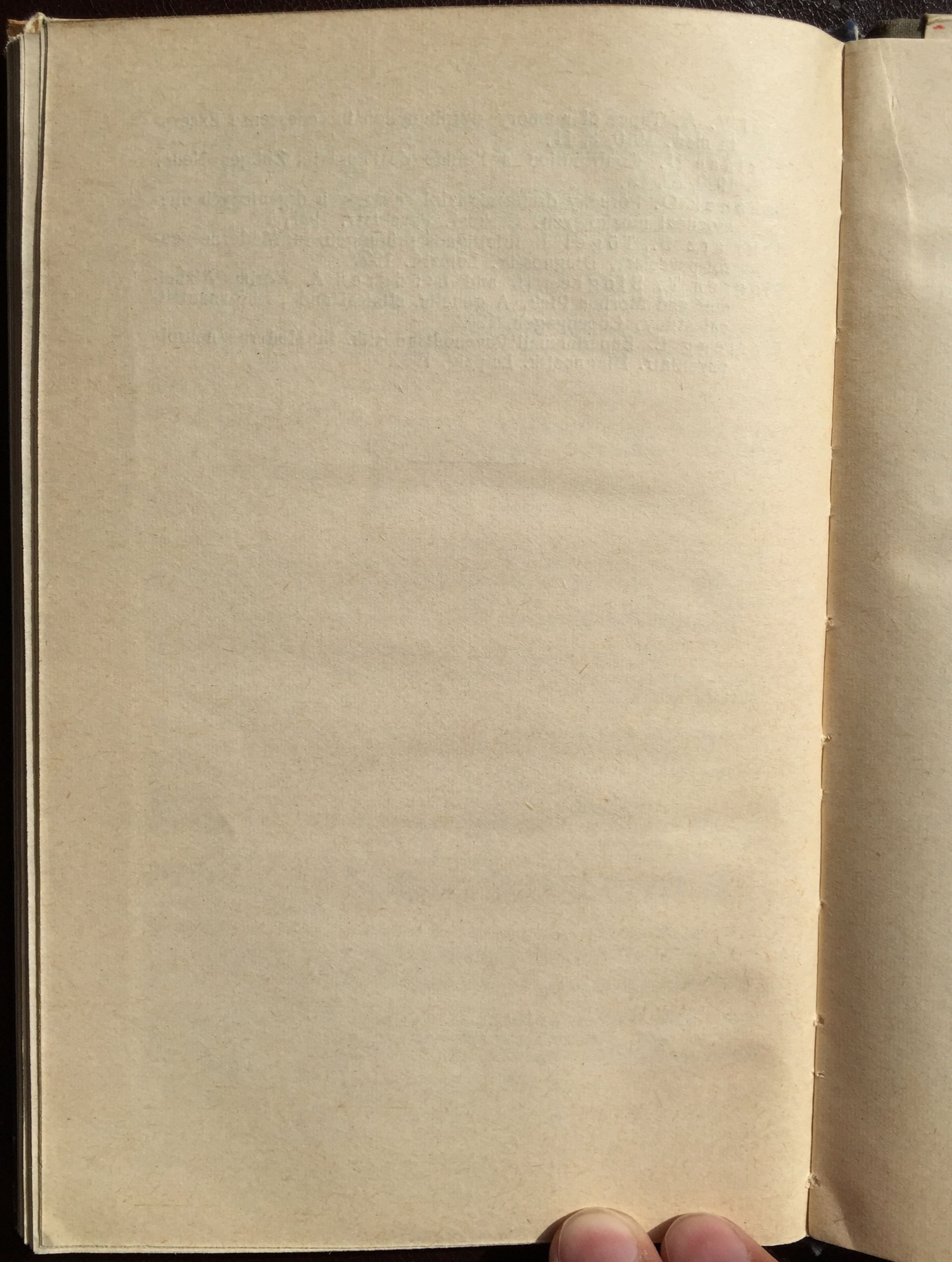


- Р у ш к е в и ч Е. А. О расстройствах отвлечения и обобщения при шизофрении и их патофизиологических основаниях». Вопросы физиологии, 1953, № 4.
- С е р е д и н а М. И. О влиянии эпилептического припадка на условные связи первой и второй сигнальной систем, а также на безусловные связи. Журнал высшей нервной деятельности им. Павлова, 1952, № 5.
- С и р о т и н и н М. М. и Л я п и д е в с к и й С. С. О некоторых физиологических механизмах речевых расстройств. В сб. «Очерк по патологии речи и голоса», в. I, М., 1960.
- С м и р н о в В. М. Исследование патофизиологических механизмов алексии. В сб.: «Вопросы психологии и невропатологии», вып. 9. Л., 1962.
- С у х а р е в а Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1965.
- Т а т а р е н к о Н. П. О нарушении условнорефлекторной деятельности у больных старческим психозом. «Современная психоневропатология», 1934, 2.
- Т е п е н и ц ы н а Т. И. Анализ ошибок при исследовании внимания методом корректурной пробы. «Вопросы психологии», 1959, № 5.
- Т е п е н и ц ы н а Т. И. О психологической структуре резонерства. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии», М., 1965.
- У д а л ь ц о в а М. С. Ультрапарадоксальная фаза как основа различных шизофренических симптомов. В сб.: «Псих. клиника и проблемы патологии высшей нервной деятельности», вып. I. Л., 1956.
- Ф р е й е р о в О. Е. Легкие степени олигофрении. М., 1964.
- Х р а м ц о в а С. Т. Аprobация методики «сравнение понятий» в детской психоневрологической клинике. В сб.: «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Ч л е н о в Л. Г. и Ш у б е р т А. М. О редуцированной ориентировке. «Невропатология и психиатрия», 1940, № 12.
- Ш е в а л е в Е. А. О мышлении вслух при психических заболеваниях. «Современная психоневрология», 1937, № 4.
- Ш и п к о в е н с к и й Н. Клиническая психиатрия. София, 1956.
- Ш т е р н б е р г Э. Я. Некоторые особенности речевых расстройств при болезни Альцгеймера. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова». 1960, № 3.
- Ш т е р н б е р г Э. Я. К вопросу о нозологической типичности деменции. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова». 1962, № 9.
- Ш у б е р т А. М. О некоторых нарушениях познавательной деятельности при травмирующей ситуации. В сб.: «Материалы совещания по психологии». М., 1957.
- Ш у л ь ц е Р. Практика экспериментальной психологии и педагогики и психотехники. М., 1926.
- A j u r i a g u e r r a J., H e s a e n N. Le cortex cerebrol. Paris, 1960.
- B i l i k i e w i c z T. Psychiatria kliniczna, Warszawa, 1960.
- D o m a r u s V. Dyspraxie bei seniler Demenz. Zschr. Neurol. und Psych., 1923, 84.



- Kral V. A. Types of memory dysphunction in cenesense Excerpta med. 1960, 3, 11.
- Morlaas U. Contribution a l'etude de l'apraxie. Zbl.ges Neur. 1929, 52, 13.
- Sahanek O. Poruchy druhe signalni saustany u organickych one-mocneni mozkovych. Ceskosl. Psychiatr. 1957, 4.
- Schwarz B., Tögel J. Intelligens prüfungen. In: Moderne neurol-psycciart. Diagnostik. Leipzig. 1963.
- Sjogren T., Sjogren H. and Lindgren A. Worbis Alzheimer and Morbus Pick. A genetic, clinical and patho-anatomical study. Copengagen, 1952.
- Wartegg E. Experimenell Psychodiagnostik. In: Moderne neurol-psychiatr. Diagnostik. Leipzig, 1963.
-







# ПРИЛОЖЕНИЕ



ПРИДОНЕНЕ

БО  
КМ  
ВВ  
ВБА  
АО  
ТЮ  
ЮБ  
ВАЯ  
АРА  
ВЯЯ  
ВЭЯ  
ВБ  
ЮА  
ЯБВ  
ЮВ  
СБЯ  
ЯА  
ВБУ  
АОМ  
Ю М  
БАЯ  
ЭБВ  
Б ВО  
Я БВ  
БП К  
АРАЯ  
АЛАЯ  
ШЯА  
ЯТ УВ  
БММ  
ЭАБ В  
БЯАБ  
ДСАЭ  
ВЮАБ  
БОВО  
МЮАМ  
АЮ А  
ЯЯБ А  
Я ВВ А



# КОРРЕКТУРНАЯ ПРОБА

БОВВУВБАЯ КЯВБИ ОБ ПЯО ТВЮАБ САЯБ В ЯЭ  
 КМ ЮАНУВБЯРААВБОЯБ АТЯ Я КАУТЯ ИБ МВАО  
 ВВ ЮУТБАОАВ СЯ ЭВБОЯВВЯАБ ТБЯ Я Б ВЕТАО  
 ВБА АБ БЯАБ В ОАВПАЮИ МЛ ВАЯВ БУБКБЯАТВ  
 АОКААВДСА ИЯ БТЯЮБВЯАРК ИАБ БУВТАЯЛЯО  
 ТЮВБА ИАСТАОЯБ ВЯАВБЯО МОЯТВЮВ БАЯПЯ  
 ЮБ ВЯЯБ БЯЯСОЯПЛБЯАВЛ ВАЯ БС ВЮАБ КП  
 ВАЯ ВТЯОББУА АФВЮВСБАЯНВЮАБВЮ БЯОБВА  
 АРАЯ БВЮ НА Ю Н К ЭЯ БЯАС БАОВТОЯСБЕУБ  
 ВЯЯКЯАБВОВВУБ АБВОАТОВБЯЯ БТ БАЯ В ВЯОБ  
 ВЭЯ СВАОАБТУЮ ВВ ОАВМБ И ЯЛУАК ЯЯТА ТРАЯ  
 ВБ ЮЯТБЯ ЭАСД ВААКУ АВТАЯБК БУБВЯАВЛ МЮ  
 ЮАПВАОВБАЯББА БЯЯ ВБЮЯ ПЯАБВ ЮВТЯОМО  
 ЯБВ А АВ БЯОАГС АЮ АБВИТОЯЛЯАТБИББАУ  
 ЮВ БАУВРЯАБ СВУВФАУББЯОТВ ЯАВ П КБА ЮВ  
 СБЯАВЛВАЯБЛМЯ О СЯЯБ ВААСОА ТЛ ВАЯ БЛБ  
 ЯА ВСБЮЯВКПБЯАБТОАВВУЯФБ ЮБС ВЯА СБЮЯ  
 ВБУ ИЯВВЮБТЯАМАОШУБВЯЮЯСТЯ ОАВБАЯ ВБ  
 АОМАОТ БЮБВЯШАЮВБААВ ЯВВАЯВ БОЯ БПЯУ  
 Ю МЛБЯ АБВИ ВК ВАЯТБЯОК ЯЯБД СЯЭАВТАЮВ  
 БАЯРШ ЯТААКЯУЛАИ В МЯ ОББ ЮУТВЯОЯ БМА  
 ЭБВ ОАБ БАЯВТААВ БЕФЯОБВЯ ВОБ БОБВЯАКАА  
 Б ВОЕ ВСАО ТБОЯВР ЯАВБ АЭКМЮЯН ЮБВ АЯРЯ  
 Я БВАОВ УБВЯЮ БРАЯВС БОБ ФЯУВ ВАОТБ АЯ  
 БП КВЯ ЮБСВ АЯБЛБ ЯАВЛТАОСААВ ВА АБВЮ  
 АРАЯВБИБ ПАОМО ОВБЯАБВ АОЯГСЯ ЮЯВ БУТО  
 АЛАЯ ТБУВВЯИ ЛРЯАБВ ЮАТВАЭЯСДБ ЯЯ КУЯБ  
 ШЯАВ КВУВ БАЯБЛ МЮИЯПБЯОБВЯА ВВЯ ЯВБО  
 ЯТ УБ ВААВ СВЯАББ АОВ БУАСБЯ ОЯВ ТУИБ БОЯ  
 БММИА ЛУЯКАА ТЯ ВАОВБ Я ЯРЯАВБЮ БЯЮМ К  
 ЭАБ ВАЯС ВЯОБТОАС ВЕОВБ ААКАЯ ВБОББОВ АБ  
 БЯАБ ВОАВСА ЮОМСВАЯВ БУБ КБЯАТВАОКОАВ  
 ДСАЭАЯБШЯЮБ ВЯАРА БЯЯСОЯВЛБ ЯАМ ВАЯБС  
 ВЮАБЖРВАЯ ВТ ЯОББУАСВО ВСБАЯ КВЮАБВЮ  
 БОВОО БАЯ КЯЯВБООБП ЯОТВОАБ САЯ БВЯЭК  
 МЮАМ ЮВБЯАРААВ БОЯБ ИАБВУВТАЯ ЛЯОТУВБ  
 АЮ АСТАО Я БВЯАВБЯ ОМОЯТВЮВБАЯР ЯЮБВ  
 ЯЯБ АТЯ ЯКАУЛ И БМБА АВВ ЮУТБАОАВСЯЭВБО  
 Я ВВ АЯБТ БЯ ЯВ ВЕТ АО ВБА ОАЕМТШ БЛНМАЕ



## СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ

3	4	3	4	4	8	6	9	2	4	4
2	5	9	7	8	4	3	2	4	7	6
3	8	5	9	3	6	8	4	2	6	7
9	5	4	7	5	2	4	8	9	8	4
9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6
2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5
9	2	3	6	3	5	4	7	8	9	3
7	4	7	5	4	4	8	6	9	7	9
8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8
9	8	9	3	4	8	4	5	6	7	5
5	8	5	7	4	9	7	2	6	9	3
3	4	6	5	7	8	4	3	5	5	4
6	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6
4	9	6	3	4	9	9	4	8	6	5
8	4	7	8	9	4	3	9	3	7	6

7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4
9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9	7
8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9	4
3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8	4
2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9	6
2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
4	7	4	2	9	8	4	3	7	5	8	3
2	9	6	2	4	2	9	2	7	2	5	8
9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3	8
5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2	4



## СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ

3	4	3	4	4	8	6	9	2	4	4
2	5	9	7	8	4	3	2	4	7	6
3	8	5	9	3	6	8	4	2	6	7
9	5	4	7	5	2	4	8	9	8	4
9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6
2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5
9	2	3	6	3	5	4	7	8	9	3
7	4	7	5	4	4	8	6	9	7	9
8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8
9	8	9	3	4	8	4	5	6	7	5
5	8	5	7	4	9	7	2	6	9	3
3	4	6	5	7	8	4	3	5	5	4
6	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6
4	9	6	3	4	9	9	4	8	6	5
8	4	7	8	9	4	3	9	3	7	6



7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4
9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9	7
8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9	4
3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8	4
2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9	6
2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
4	7	4	2	9	8	4	3	7	5	8	3
2	9	6	2	4	2	9	2	7	2	5	8
9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3	8
5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2	4



### III

#### ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ ДЛЯ ОТЫСКИВАНИЯ ЧИСЕЛ

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

I

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

II

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

III

9	5	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
18	12	24	16	4
8	15	2	10	22

IV

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

V

Рис. 1.



IV

СКЛАДЫВАНИЕ КАРТИНОК ПО А. Н. БЕРНШТЕЙНУ



Рис. 2.



## ТЕКСТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОНИМАНИЯ СМЫСЛА РАССКАЗОВ

### 1. Волк и коза.

Волк увидал, что коза пасется высоко на каменной горе, на которую он не может взобраться.

Волк сказал козе: «Шла бы ты, коза, вниз. Тут и место ровное, и трава для корма слаще».

«Не затем, волк, ты меня вниз зовешь,— отвечала коза.— Ты не о моем, а о своем корме заботишься».

### 2. Курица и золотые яйца.

У одного хозяина курица несла золотые яйца. Захотелось ему сразу получить побольше золота, и он убил курицу. А внутри у нее ничего не оказалось. Она была как все курицы.

### 3. Галка и голуби.

Галка услышала о том, что голубей хорошо кормят, выбелилась в белый цвет и влетела в голубятню.

Голуби приняли ее как свою, накормили, но она не удержалась и закричала по-галочьи.

Тогда голуби увидели, что она галка и выгнали ее. Она вернулась было к галкам, но те ее не признали и тоже не приняли.

### 4. Осел и ручей.

Осел ежедневно нес в город на спине мешок с солью. Его путь лежал мимо ручья. Однажды он почувствовал



сильное желание искупаться и лег вместе с мешком соли в воду. Когда он встал, его мешок оказался значительно более легким, т. к. соль растворилась в воде. В следующий раз он захотел облегчить опять свою ношу. Но в мешке на этот раз не было соли, там оказались губки для купанья. Губки впитали в себя воду и стали такими тяжелыми, что осел не смог подняться из воды и утонул.

### 5. Колумбово яйцо.

Когда Колумб после открытия Америки вернулся на родину, ему была устроена торжественная встреча. Знатные сограждане собрались на большое заседание и пригласили на него Колумба.

Присутствующие приветствовали его и восхищались его открытием.

Некоторые из присутствующих не были, однако, согласны с этими похвалами и говорили, что открытие Колумба переоценивается: проезд по океану свободен для всех, и каждый мог бы так же, как Колумб, доехать до новых земель.

Колумб на это сказал, что выполнить это действительно было доступно всем. Трудно же совсем другое. Для пояснения своей мысли он взял яйцо и предложил поставить его на стол вертикально. Но как ни старались сограждане поставить яйцо, оно неизбежно падало.

Тогда Колумб слегка стукнул яйцом по столу, надломил скорлупку и яйцо стало на столе в вертикальном положении.

Многие закричали: «Это слишком просто!».

На это Колумб сказал: «Действительно, выполнить это очень просто. Но сначала надо придумать, как это сделать. Вот это-то и есть самое трудное».

### 6. Логика

Студент приехал на каникулы домой. Он нашел отца в кухне, где старик собирался приготовить себе яичницу из трех яиц. Отец спросил сына: «Скажи, чему ты обучался в городе?»

Сын ответил, что он изучал логику.

Отец не знал, что такое логика и попросил объяснить ему, в чем заключается эта наука.



Сын ответил: «Я тебе сейчас объясню, что это такое и логически докажу, что у тебя в миске не три, а пять яиц. Слушай только меня внимательно. Вот, у тебя в миске 3 яйца. Ты же знаешь, что число три содержит в себе число 2. А два яйца да три яйца составляют вместе пять яиц».

«Ну, сынок,— отвечал отец,— вижу, что тебя обучили делу. Я себе сделаю сейчас яичницу из трех яиц, а ты готовь себе яичницу из остальных двух, которые ты отыскал в моей миске по своей логике».

## 7. Проблема Эверье

Существуют различные взгляды на ценность жизни. Одни считают ее благом, другие — злом. Было бы правильнее держаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы желали бы сами себе, с другой стороны — ниспосылаемые нам несчастья всегда меньше того несчастья, которого нам желают в душе другие люди. Вот это-то равновесие и делает жизнь вполне выносимой, вернее, до известной степени справедливой.

## 8. Проба Эббингауза

Стал дед очень стар. Ноги у него не ..., глаза не ..., уши не..., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо .... Сын и невестка перестали его за... сажать, и давали ему... за печкой. Снесли ему раз обедать в ..., он хотел ее подвинуть, да уронил на..., чашка и... Стали тут... бранить старика за то, что он им все в ... портит и ... бьет.

## 9. Проба Эббингауза

Жили-были ... человека. Отправились они однажды путешествовать. Один шел..., а другой за ним. Когда первый пришел в деревню, он ...: — Передайте дурачку, который идет ..., чтобы он поторопился.

Вот пришел в деревню ... человек, увидал он людей и спрашивает:

— Что, дурачок уже прошел?

Удивились люди и ...: — Да эти парни оба ...



VI  
ПОНИМАНИЕ СМЫСЛА СЮЖЕТНЫХ КАРТИН



Рис. 3.  
Чаепитие в Мытищах В. Г. Перов.

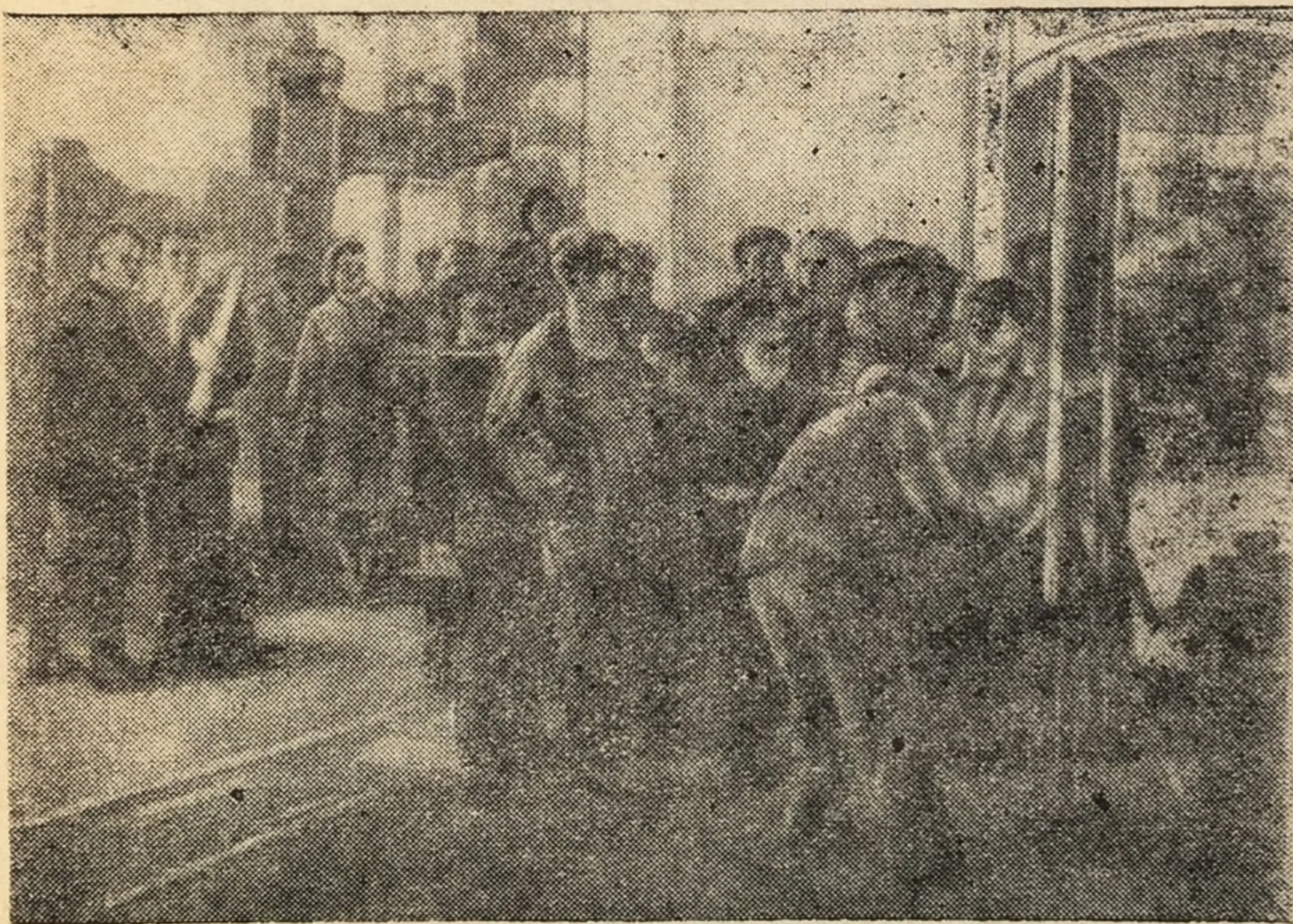


Рис. 4.  
Свежий номер цеховой газеты. А. Левитин.





Рис. 5.  
Старики-родители на могиле сына. В. Г. Перов.





Рис. 6.



Рис. 7.

Юмористические рисунки К. Елисеева и  
А. Каневского.



ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ

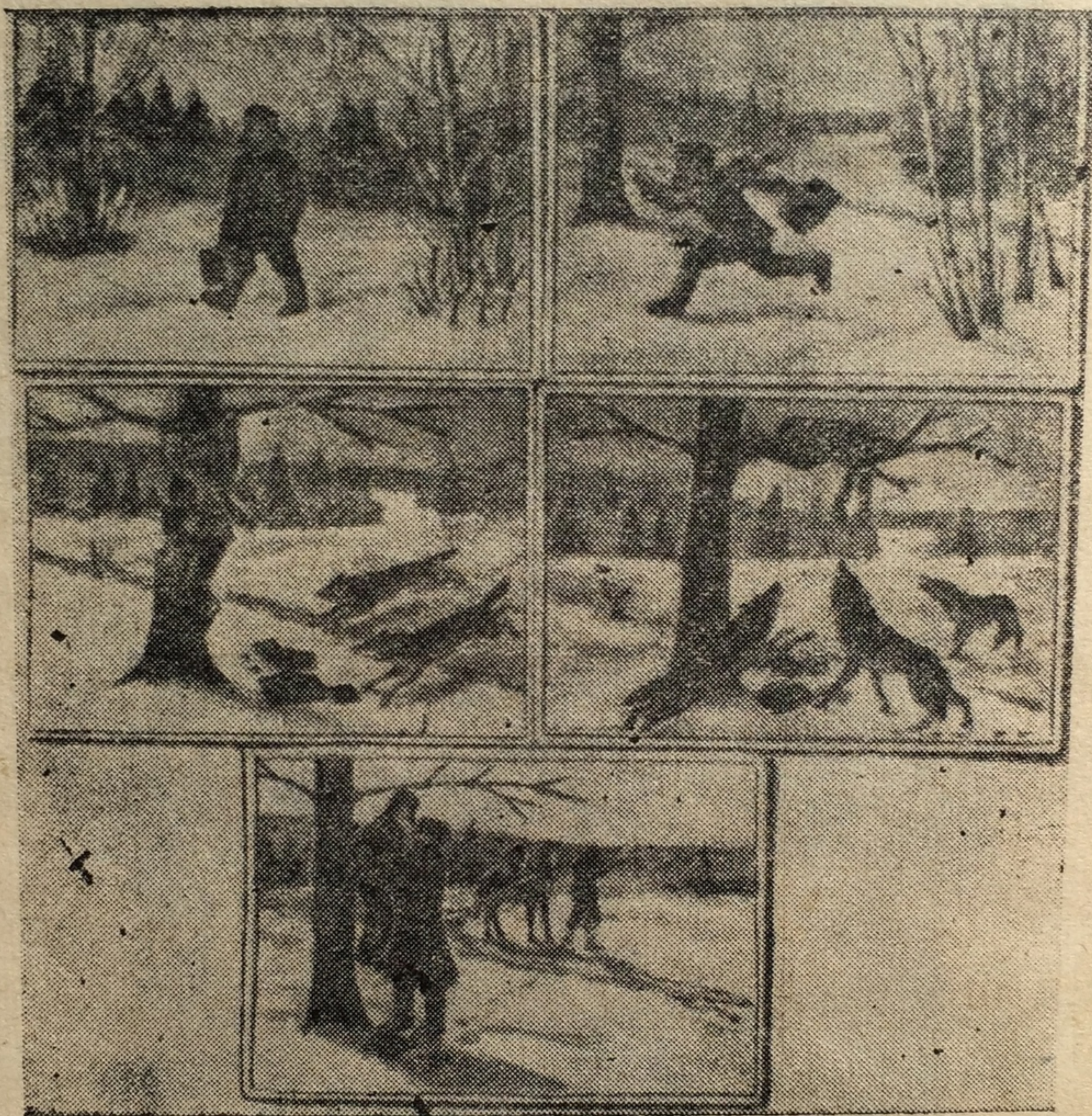


Рис. 8.  
Серии рисунков для исследования по А. Н. Бериштейну.





Рис. 9.  
Серии рисунков для исследования (по тесту Wechsler).



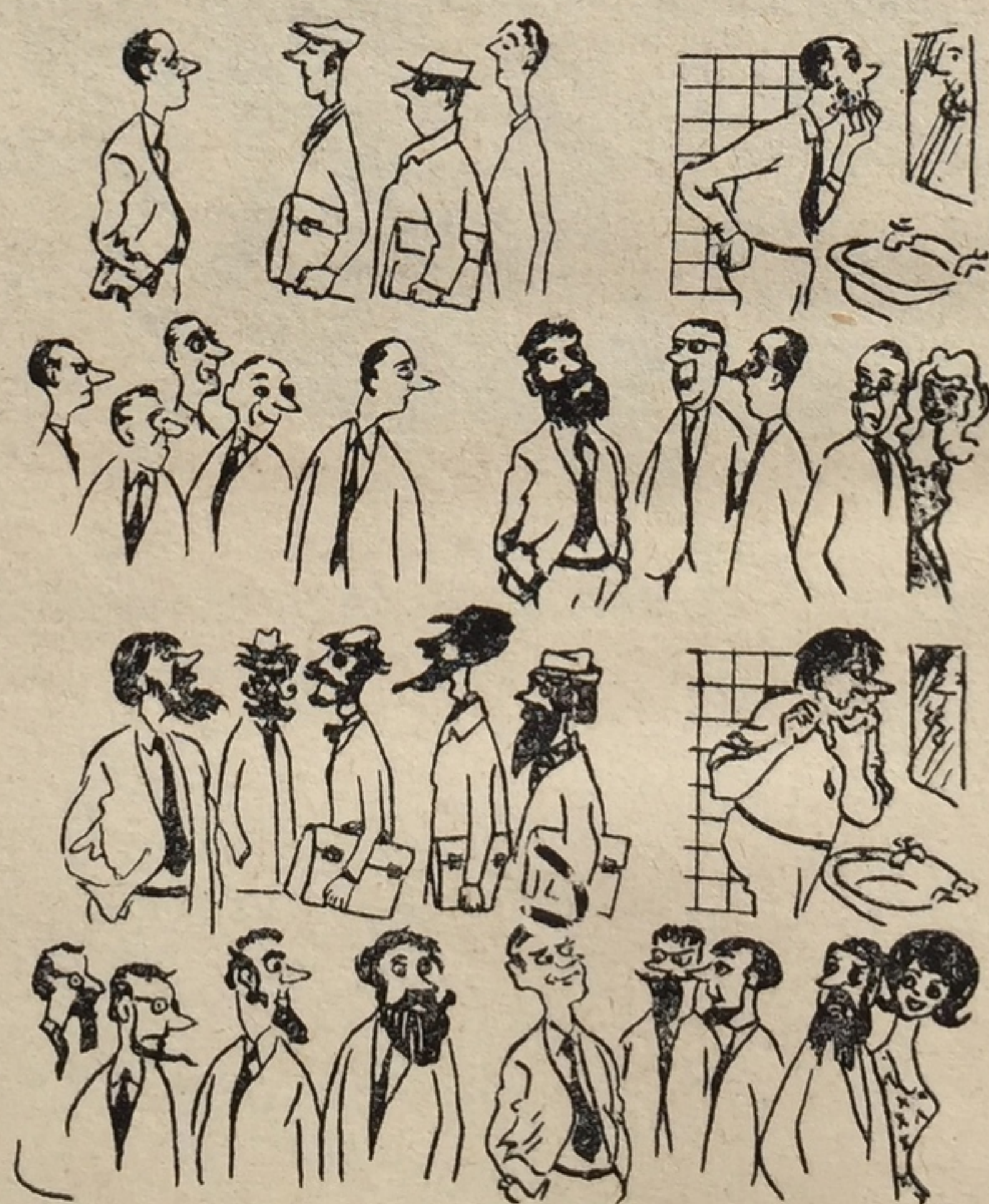
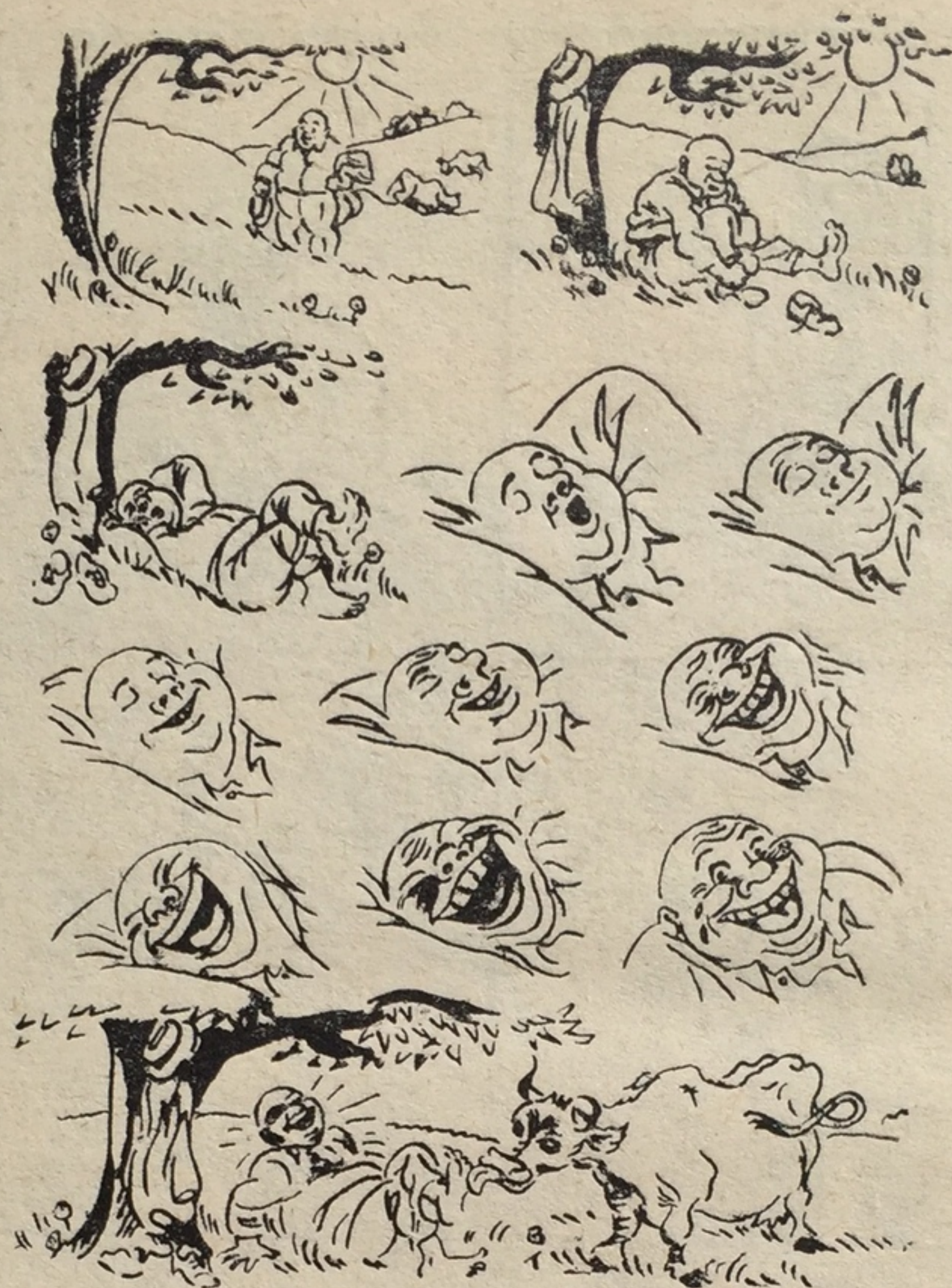


Рис. 10.

Серии рисунков Х. Бидструпа для исследования по методике установления последовательности событий.



# VIII

## НАБОР КАРТОЧЕК ДЛЯ КЛАССИФИКАЦИИ

пароход  
самолёт  
чашка  
часы  
тележка  
шайка  
кузнец  
гриб-масленок  
гриб-мухомор  
метла  
лопата  
чернильница  
уборщица  
вилка  
лошадь  
собака  
коза  
медведь  
овца  
велосипед  
платье  
яблоко  
слива  
книга

тетрадь  
глобус  
жук  
ребенок  
пила  
туфли  
береза  
штанген-циркуль  
котелок  
груша  
весы  
гусь  
диван  
куртка  
лук  
грузовик  
кошка  
бабочка  
доктор  
кровать  
рыба  
куст  
морковь  
ножницы

свекла  
арбуз  
вишня  
мак  
лыжник  
моряк  
шкаф  
ласточка  
стол  
петух  
слон  
лиса  
лебедь  
свинья  
ландыш  
стакан  
бутылка  
кастрюля  
термометр  
этажерка  
сковорода  
ложка



## IX

### ИСКЛЮЧЕНИЕ

1. ДРЯХЛЫЙ, СТАРЫЙ, ИЗНОШЕННЫЙ, МАЛЕНЬКИЙ, ВЕТХИЙ.
2. СМЕЛЫЙ, ХРАБРЫЙ, ОТВАЖНЫЙ, ЗЛОЙ, РЕШИТЕЛЬНЫЙ
3. ВАСИЛИЙ, ФЕДОР, СЕМЕН, ИВАНОВ, ПОРФИРИЙ.
4. МОЛОКО, СЛИВКИ, СЫР, САЛО, СМЕТАНА.
5. СКОРО, БЫСТРО, ПОСПЕШНО, ПОСТЕПЕННО, ТОРОПЛИВО
6. ГЛУБОКИЙ, ВЫСОКИЙ, СВЕТЛЫЙ, НИЗКИЙ, МЕЛКИЙ.
7. ЛИСТ, ПОЧКА, КОРА, ДЕРЕВО, СУК.
8. ДОМ, САРАЙ, ИЗБА, ХИЖИНА, ЗДАНИЕ.
9. БЕРЕЗА, СОСНА, ДЕРЕВО, ДУБ, ЕЛЬ.
10. НЕНАВИДЕТЬ, ПРЕЗИРАТЬ, НЕГОДОВАТЬ, ВОЗМУЩАТЬСЯ, НАКАЗЫВАТЬ.
11. ТЕМНЫЙ, СВЕТЛЫЙ, ГОЛУБОЙ, ЯСНЫЙ, ТУСКЛЫЙ.
12. ГНЕЗДО, НОРА, МУРАВЕЙНИК, КУРЯТНИК, БЕРЛОГА.
13. НЕУДАЧА, КРАХ, ПРОВАЛ, ПОРАЖЕНИЕ, ВОЛНЕНИЕ.
14. МОЛОТОК, ГВОЗДЬ, КЛЕЩИ, ТОПОР, ДОЛОТО.
15. МИНУТА, СЕКУНДА, ЧАС, ВЕЧЕР, СУТКИ.
16. ГРАБЕЖ, КРАЖА, ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЕ, ПОДЖОГ, НАПАДЕНИЕ.
17. УСПЕХ, ПОБЕДА, УДАЧА, СПОКОЙСТВИЕ, ВЫИГРЫШ.

Таблица для исследования методикой словесного исключения.





Рис. 12.  
Таблицы для исследования методикой предметного исключения.



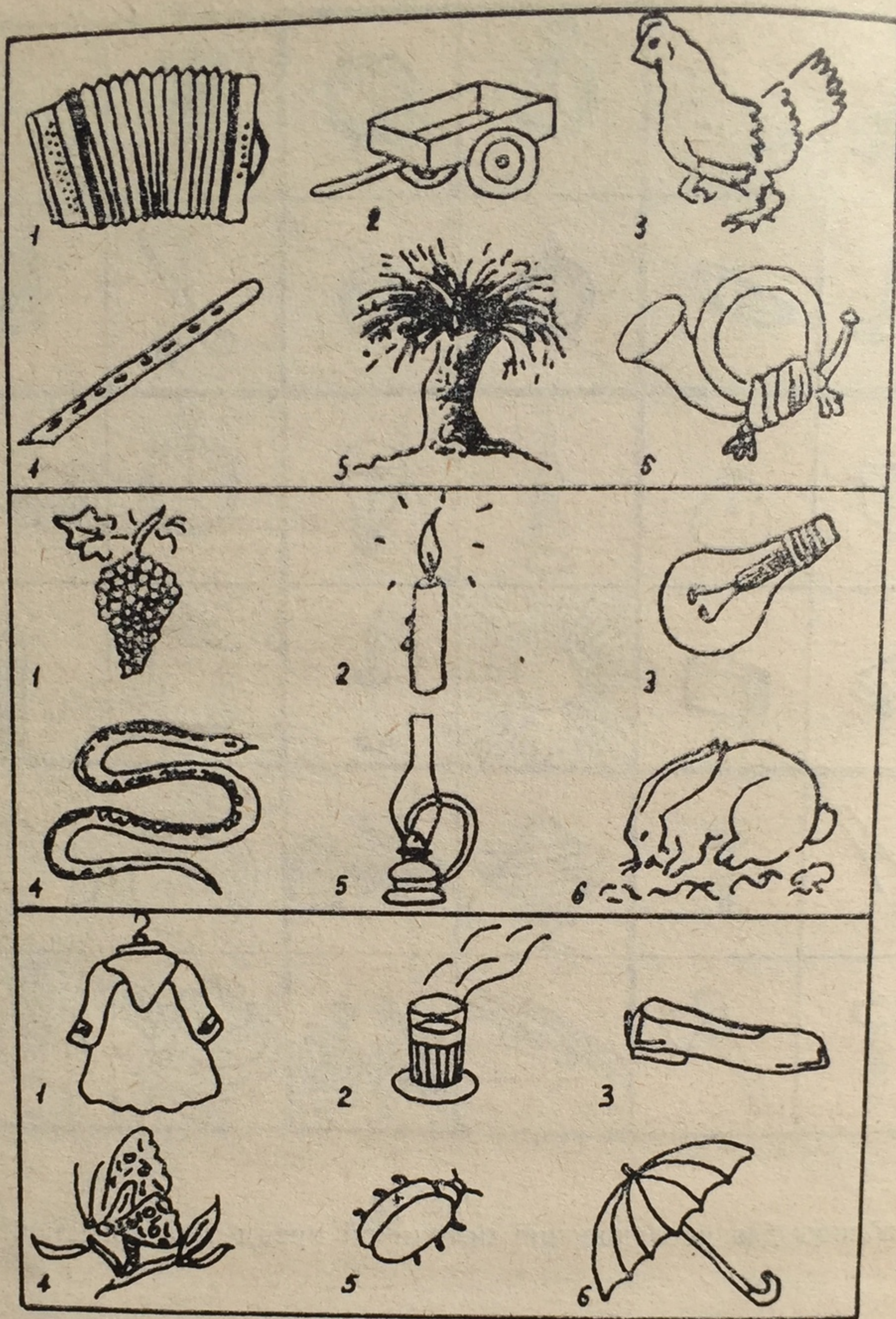


Рис. 13.  
Таблицы для исследования по Майер — Хорстону (по Bilikiewicz, 1960).



## Х

### ВЫДЕЛЕНИЕ СУЩЕСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ

1. **Сад** (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. **Река** (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. **Город** (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипедист).
4. **Сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
5. **Куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. **Деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. **Кольцо** (диаметр, алмаз, проба, круглость, печать).
8. **Чтение** (глаза, книга, картинка, печать, слово).
9. **Газета** (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).
10. **Игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
11. **Война** (аэроплан, пушки, сражения, ружья, солдаты).



ОБРАЗОВАНИЕ АНАЛОГИЙ — ПРОСТЫХ (1—3)  
и СЛОЖНЫХ (4)

1

1. Лошадь Жеребёнок	Корова Пастбище, Рога, Молоко, Телёнок, Бык
2. Тонкий Толстый	Безобразный Красивый, Жирный, Грязный, Урод, Весёлый
3. Свинец Тяжелый	Пух Трудный, Перина, Перья, Лёгкий, Куриный
4. Ложка Каша	Вилка Масло, Нож, Тарелка Мясо, Посуда
5. Яйцо Скорлупа	Картофель Курица, Огород, Капуста, Суп, Шелуха
6. Коньки Зима	Лодка Лёд, Каток, Весло, Лето, Река
7. Ухо Слышать	Зубы Видеть, Лечить, Рот, Щётка, Жевать
8. Собака Шерсть	Щука Овца, Ловкость, Рыба, Удочки, Чешуя,
9. Пробка Плавать	Камень Пловец, Тонуть, Гранит, Вozить, Каменщик
10. Чай Сахар	Суп Вода, Тарелка, Крупа, Соль, Ложка
11. Дерево Сук	Рука Топор, Перчатка, Нога, Работа, Палец
12. Дождь Зонтик	Мороз Палка, Холод, Сани, Зима, Шуба



1. Школа Обучение	Больница Доктор, Ученик, Учреждение, Лечение, Больной
2. Песня Глухой	Картина Хромой, Слепой, Художник, Рисунок, Больной
3. Нож Сталь	Стол Вилка, Дерево, Стул, Пища, Скатерть
4. Рыба Сеть	Муха Решето, Комар, Комната, Жужжать, Паутина
5. Птица Гнездо	Человек Люди, Птенец, Рабочий, Зверь, Дом
6. Хлеб Пекарь	Дом Вагон, Город, Жилище, Строитель, Дверь
7. Пальто Пуговица	Ботинок Портной, Магазины, Нога, Шнурок, Шляпа
8. Коса Трава	Бритва Сено, Волосы, Острая, Сталь, Инструмент
9. Нога Сапог	Рука Галоши, Кулак, Перчатка, Палец, Кисть
10. Вода Жажда	Пища Пить, Голод, Хлеб, Рот, Еда



1. Электричество	Пар
Проволока	Лампочка, Лошадь, Ток, Вода, Трубы, Кипение
2. Паровоз	Конь
Вагоны	Поезд, Лошадь, Овёс, Телега, Конюшня
3. Алмаз	Железо
Редкий	Драгоценный, Железный, Твёрдый, Сталь, Обычный
4. Бежать	Кричать
Стоять	Молчать, Ползать, Шуметь, Звать, Плакать
5. Волк	Птица
Пасть	Воздух. Клюв, Соловей, Яйцо, Пение
6. Растение	Птица
Семя	Зерно, Клюв, Соловей, Пение, Яйцо
7. Театр	Библиотека
Зритель	Актёр, Книги, Читатель, Библиотекарь, Любитель
8. Железо	Дерево
Кузнец	Пень, Пила, Столяр, Кора
9. Нога	Глаза
Костыль	Палка, Очки, Слезы, Зрение, Нос
10. Утро	Зима
Ночь	Мороз, День, Январь, Осень, Сани

ИСПУГ  
ФИЗИК  
ПРАВИ  
ГРЯДКА  
ПОХВА  
ПАРА -  
СЛОВО  
БОДРО  
СВОБО



1. ОВЦА — СТАДО
2. МАЛИНА — ЯГОДА
3. МОРЕ — ОКЕАН
4. СВЕТ — ТЕМНОТА
5. ОТРАВЛЕНИЕ — СМЕРТЬ
6. ВРАГ — НЕПРИЯТЕЛЬ

ИСПУГ — БЕГСТВО  
 ФИЗИКА — НАУКА  
 ПРАВИЛЬНО — ВЕРНО  
 ГРЯДКА — ОГОРОД  
 ПОХВАЛА — БРАНЬ  
 ПАРА — ДВА  
 СЛОВО — ФРАЗА  
 БОДРОСТЬ — ВЯЛОСТЬ  
 СВОБОДА — НЕЗАВИСИМОСТЬ

МЕСТЬ — ПОДЖОГ  
 ДЕСЯТЬ — ЧИСЛО  
 ПРАЗДНОСТЬ — БЕЗДЕЛЬЕ  
 ГЛАВА — РОМАН  
 ПОКОЙ — ДВИЖЕНИЕ  
 БЕРЕЖЛИВОСТЬ — СКУПОСТЬ  
 ПРОХЛАДА — МОРОЗ  
 ОБМАН — НЕДОВЕРИЕ  
 ПЕНИЕ — ИСКУССТВО



## XII

### ВЫДЕЛЕНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ

1	3	5	7	—	—			
15	12	9	6	—	—			
9	1	9	2	9	3	—	—	
5	3	6	4	7	5	—	—	
3	5	5	7	9	9	—	—	—
1	2	4	7	11	16	—	—	
11	15	18	9	13	16	8	—	—

Числовой ряд



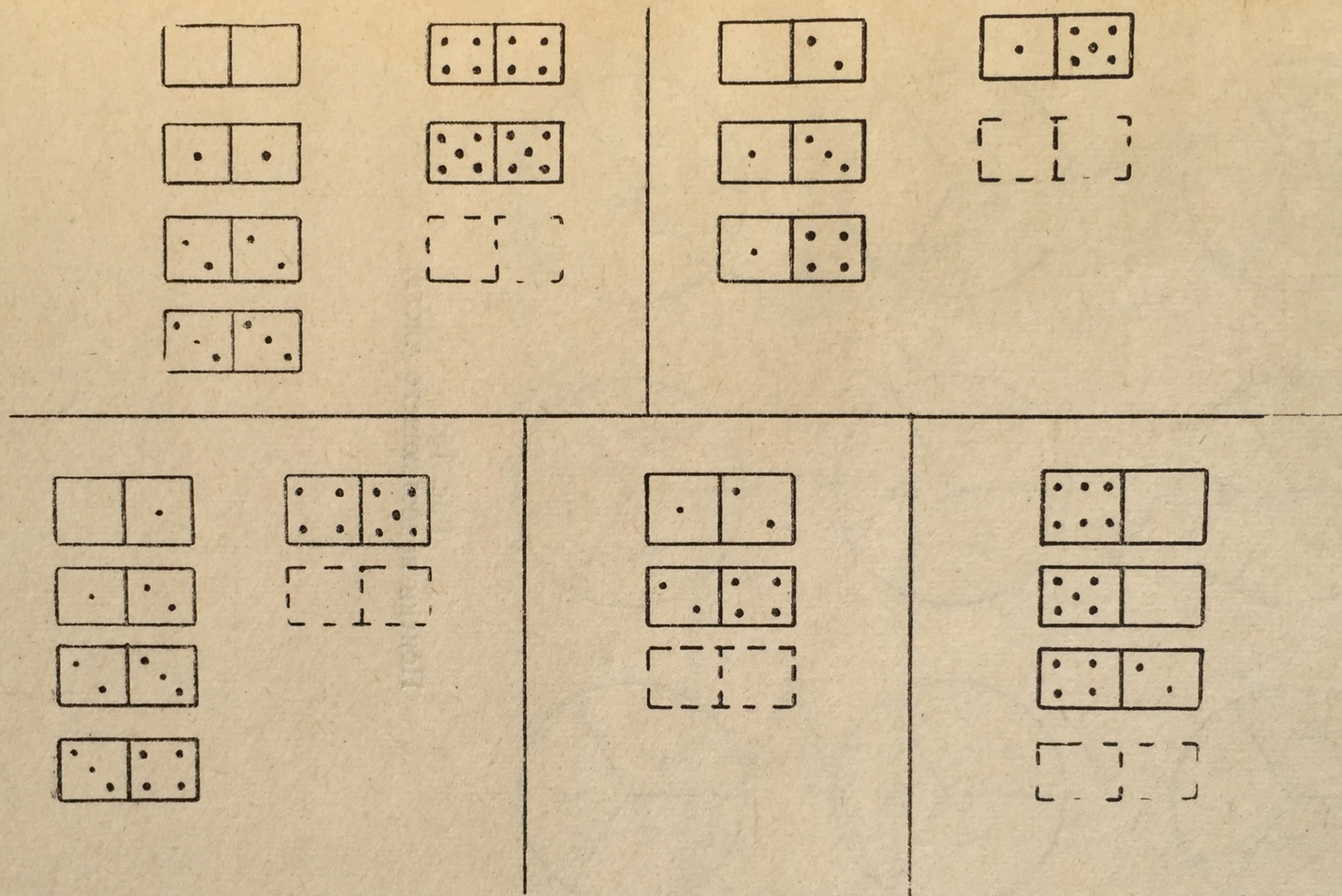


Рис. 14. Шкала „ДОМИНО“.



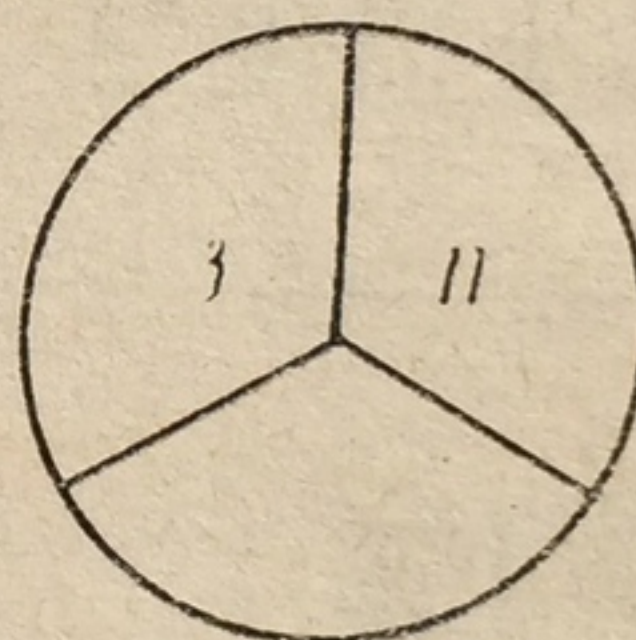
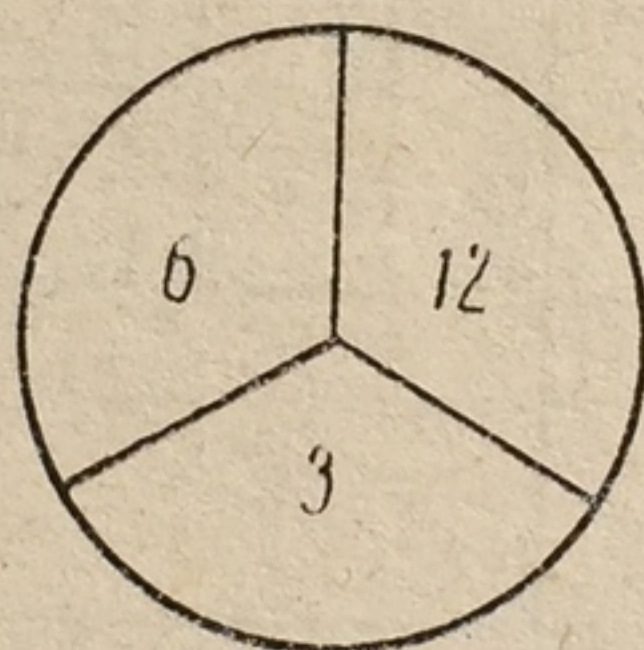
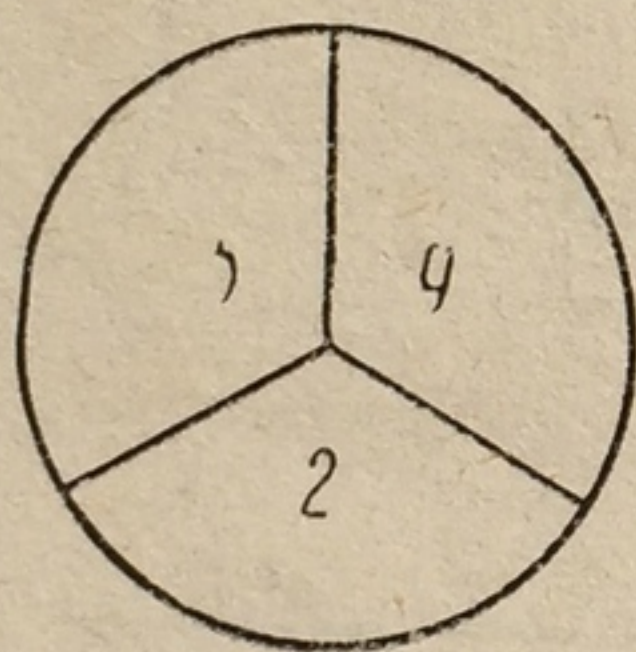
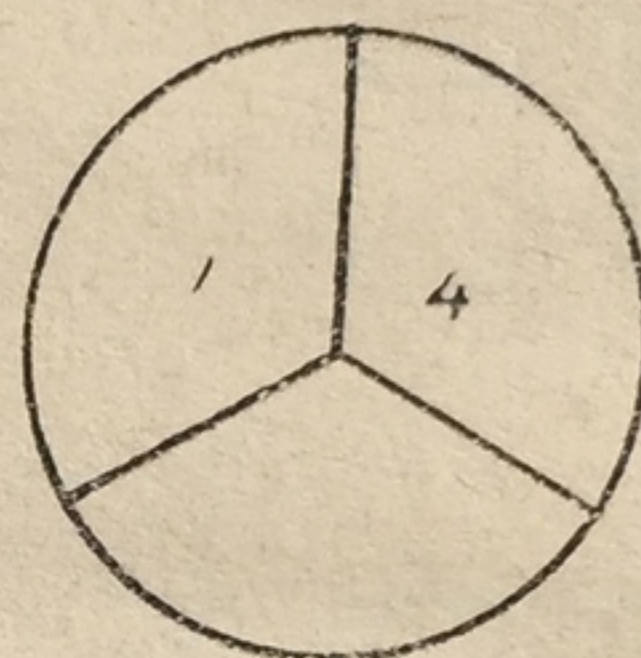
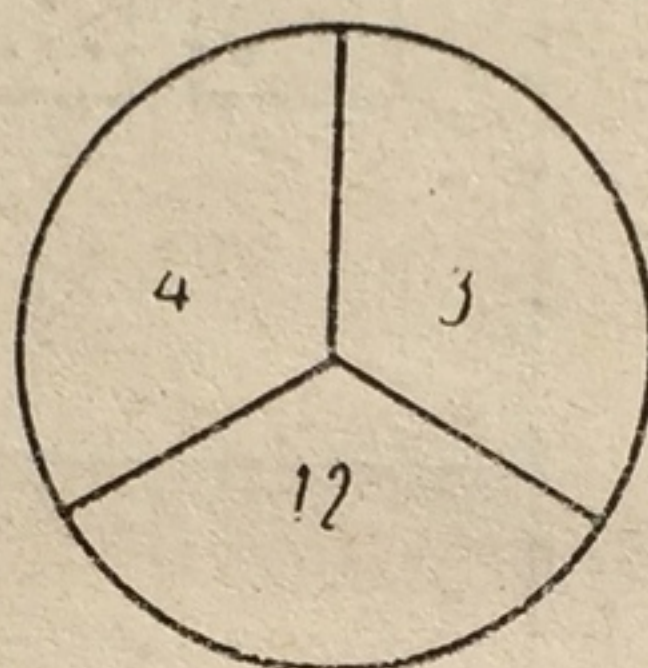
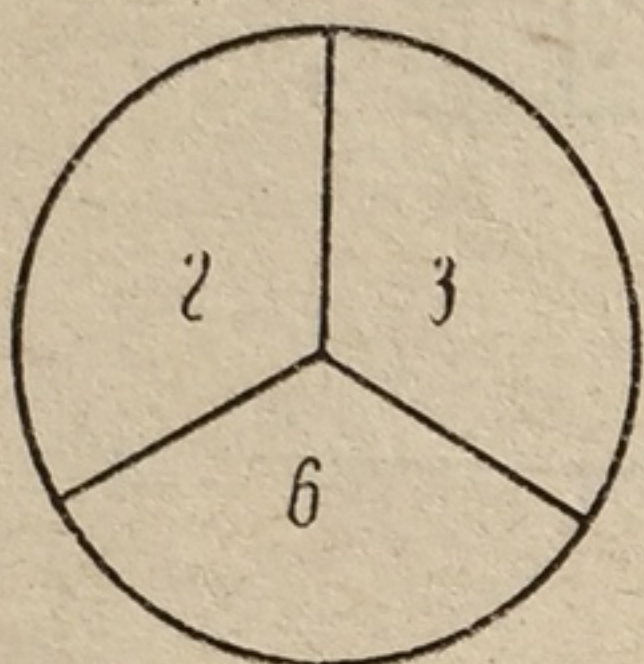
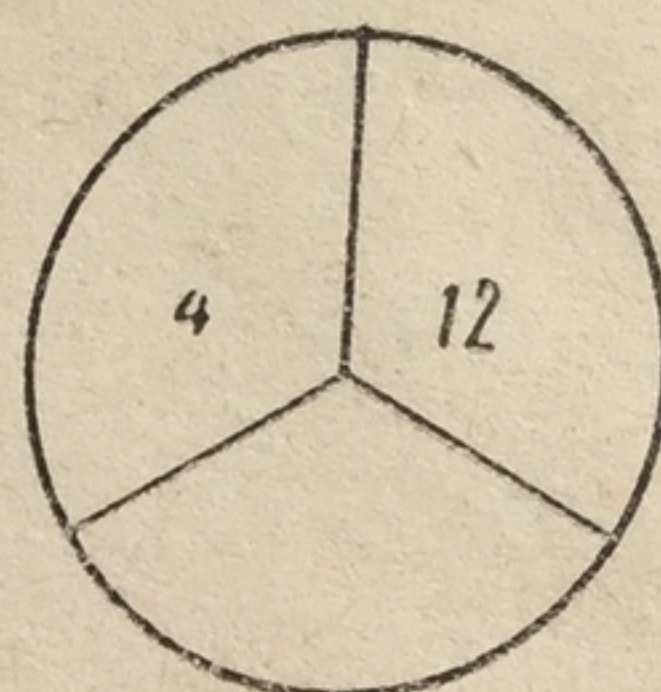
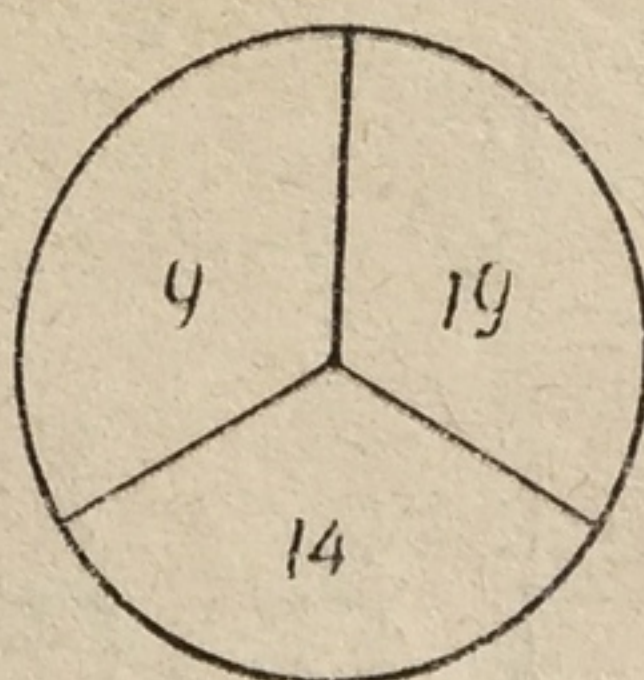
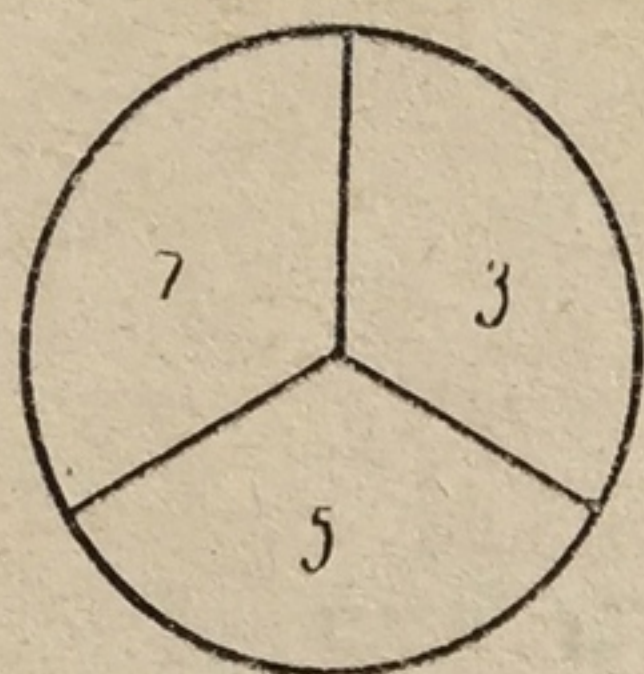


Рис. 15.  
Поиски недостающего числа.



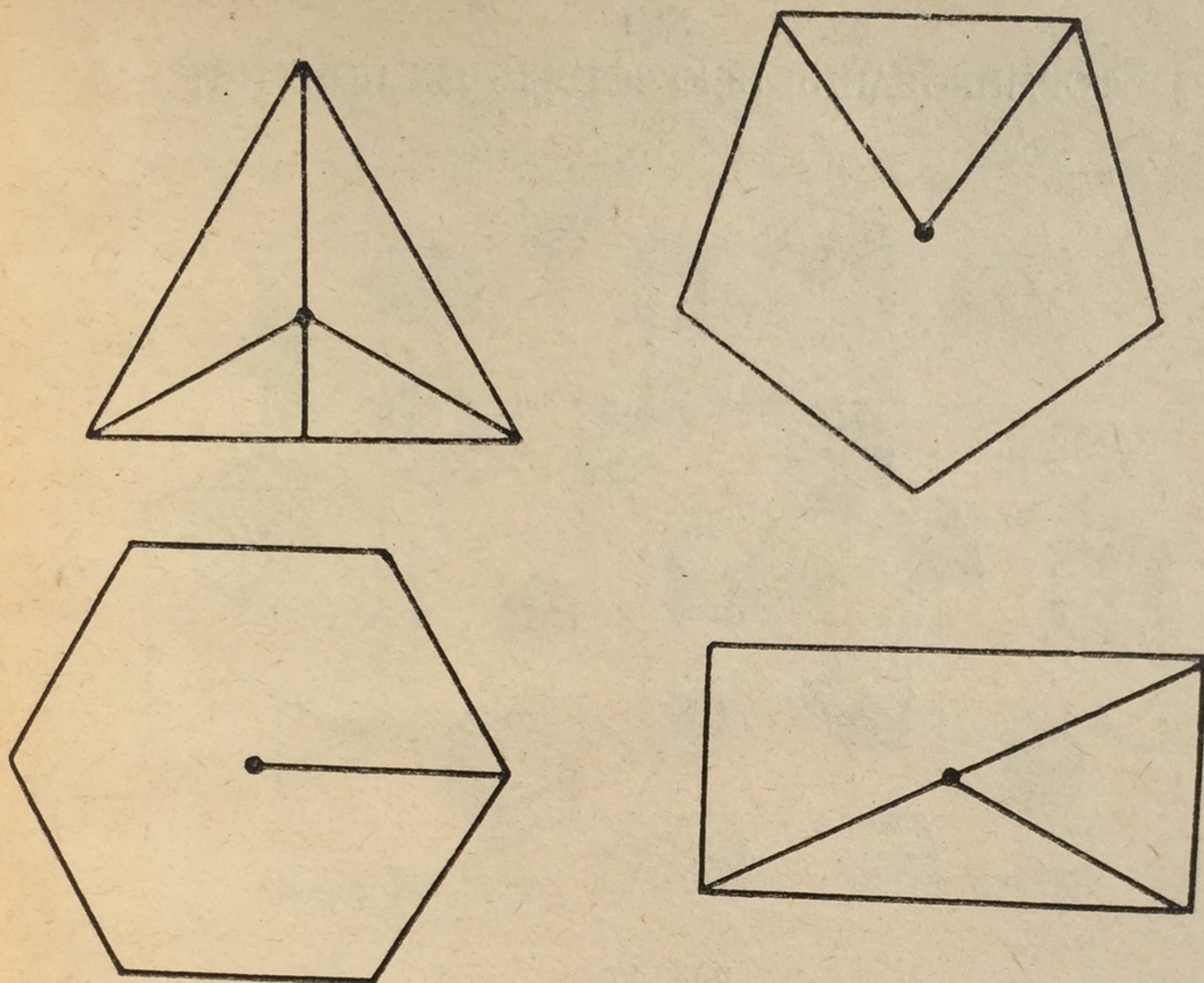


Рис. 16.  
Закономерности в геометрических фигурах.



### XIII

#### ФОРМИРОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ ПОНЯТИЙ

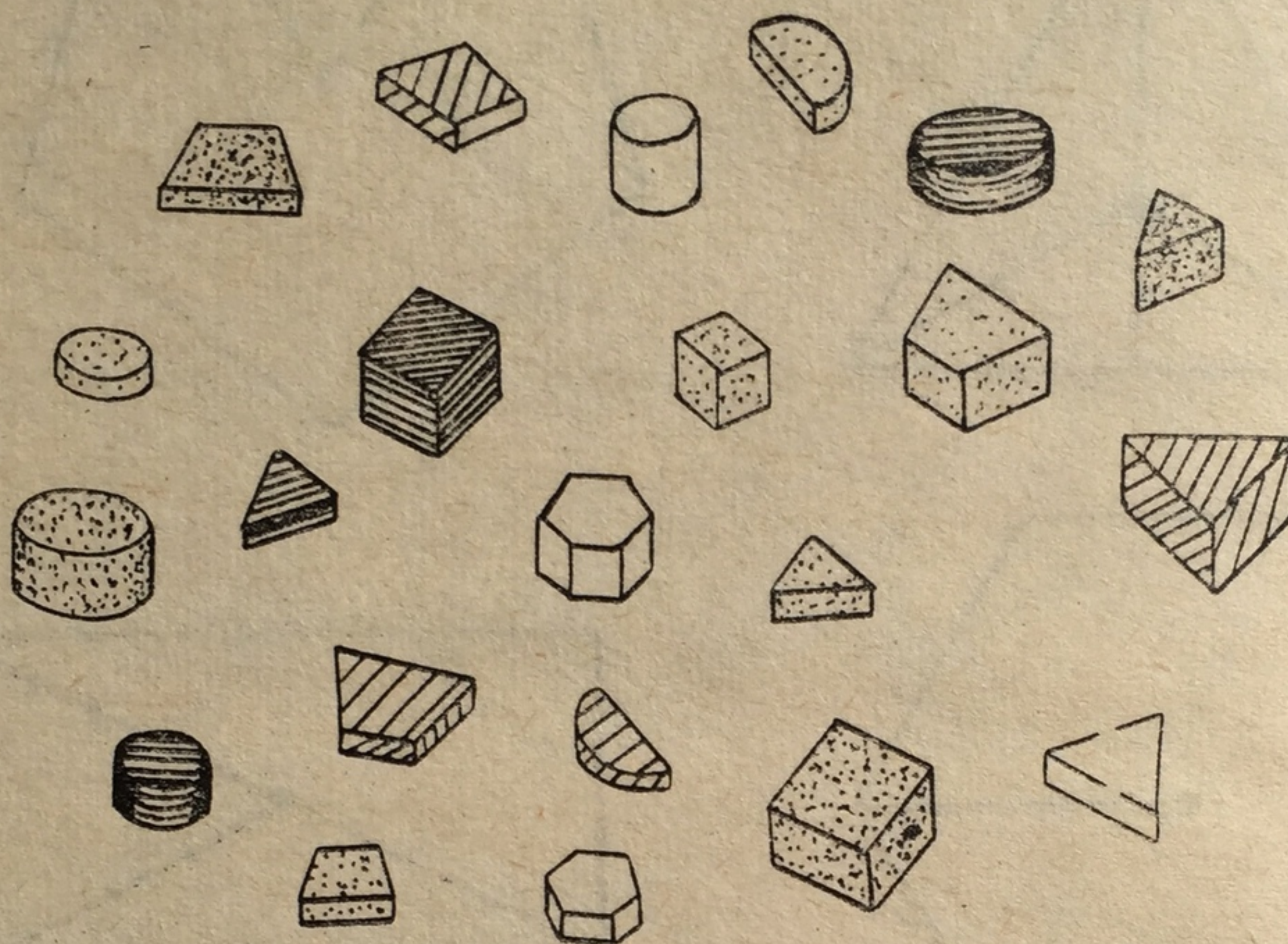


Рис. 17.  
Набор стереометрических фигур для исследования по  
Выготскому — Сахарову.

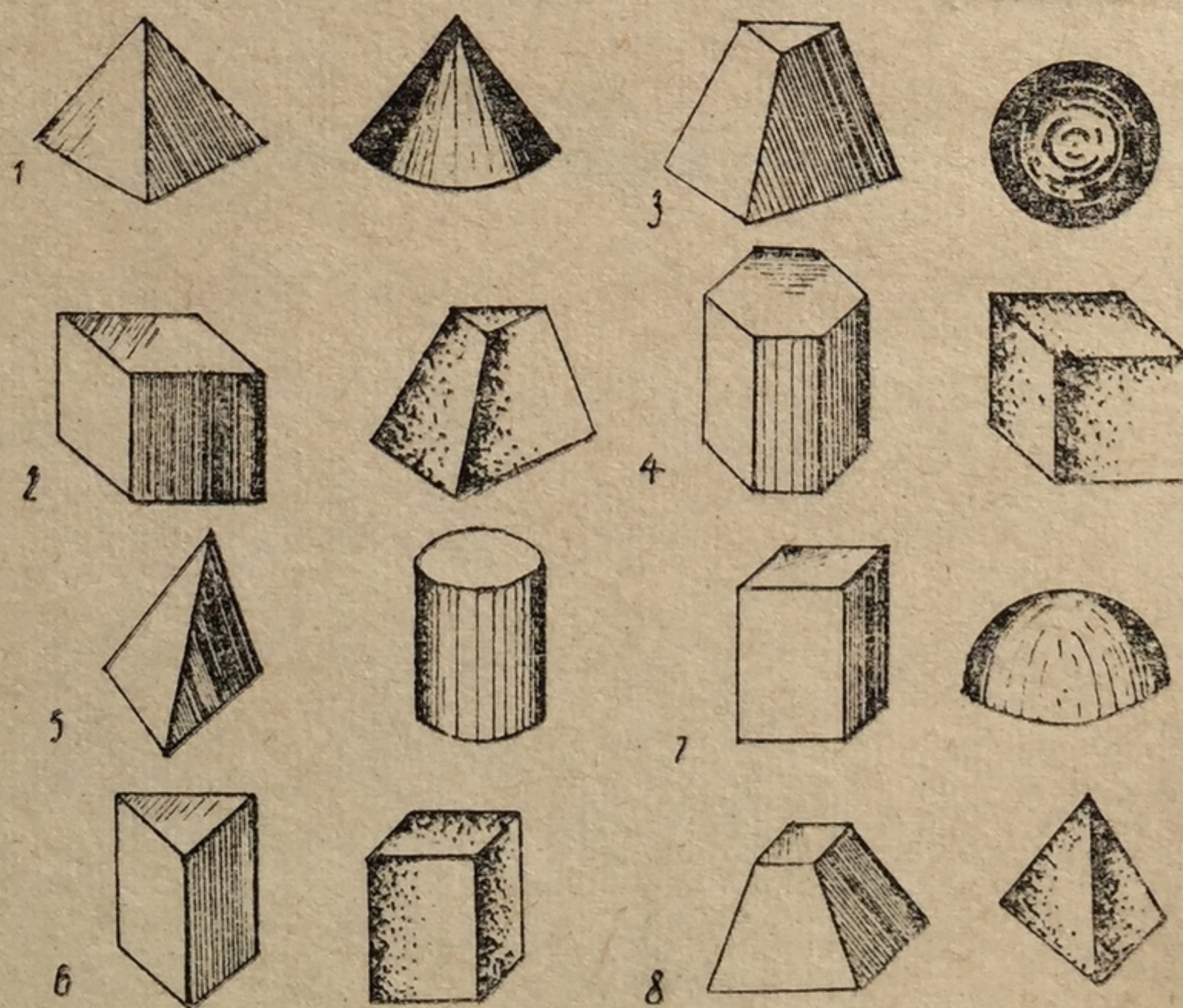


Рис. 18.  
Набор стереометрических фигур для исследования по Рушкевичу.



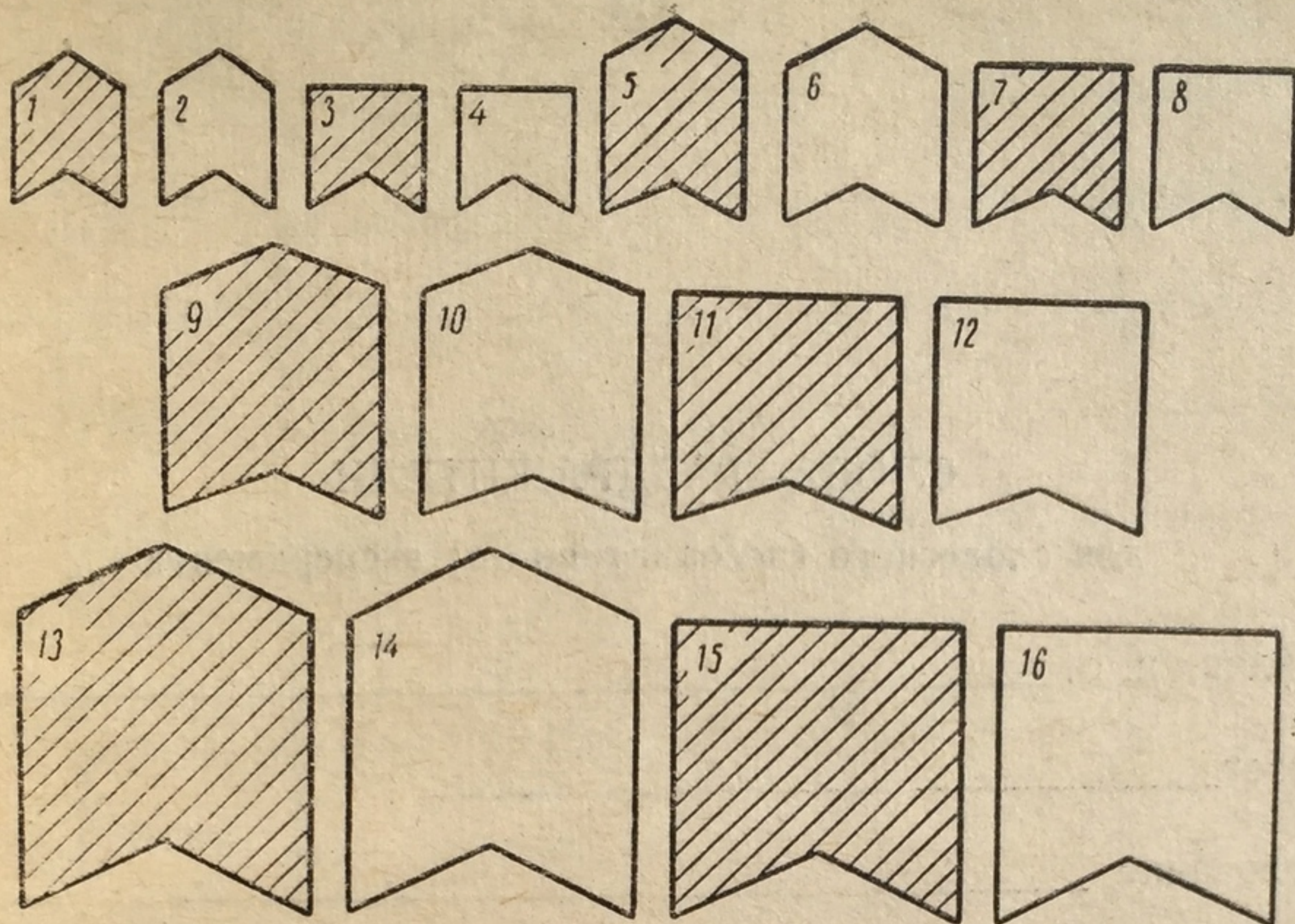


Рис. 19.  
Набор фигур для исследования по Говорковой.



## СЛОВА—РАЗДРАЖИТЕЛИ

для словесного (ассоциативного) эксперимента

Фамилия, и. о. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

№№ п/п	Слова- раздра- жители	Латентный период	Ответ	Примечание
1	Хлеб			
2	Береза			
3	Стол			
4	Книга			
5				
6	Поезд			
7	Голова			
8	Бутылка			
9	Лето			
10	Муж			
11				



№№ п/п	Слова- раздра- жители	Латентный период	Ответ	Примечание
12	Дождь			
13	Болезнь			
14	Враг			
15	Река			
16	Ночь			
17				
18	Жена			
19	Яблоко			
20	Работа			
21	Огонь			
22	Молоко			
23				
24	Друг			
25	Кровать			
26	Цветок			
27	Любовь			
28	Собака			
29				
30	Сало			
31	Дом			
32	Врач			



№№ п/п	Слова- раздра- жители	Латентный период	Ответ	Примечание
33	Зима			
34	Ребенок			
35				

Заключение:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
11. У
12. Р
13. П
14. Т
15. С
16. К
17. И
18. М
19. Г
20. С
21. С
22. М
23. По
24. Бе
25. Ра



## ПОДБОР СЛОВ-АНТОНИМОВ

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. Тупой        | 26. Скупой         |
| 2. Тонкий       | 27. Починять       |
| 3. Грязный      | 28. Порицание      |
| 4. Исчезновение | 29. Добродетель    |
| 5. Чужой        | 30. Забывать       |
| 6. Низ          | 31. Легко          |
| 7. Крупный      | 32. Победа         |
| 8. Враг         | 33. Бодрость       |
| 9. Младший      | 34. Просторно      |
| 10. Отталкивать | 35. Приказывать    |
| 11. Удаление    | 36. Исключительный |
| 12. Высокий     | 37. Мирить         |
| 13. Внешний     | 38. Неуклюжий      |
| 14. Твердый     | 39. Разрушать      |
| 15. Сухой       | 40. Суживать       |
| 16. Красивый    | 41. Спешить        |
| 17. Исправление | 42. Горе           |
| 18. Множить     | 43. Спор           |
| 19. Громкий     | 44. Наступление    |
| 20. Спокойствие | 45. Истина         |
| 21. Сходство    | 46. Скрытность     |
| 22. Меньшинство |                    |
| 23. Поднимать   |                    |
| 24. Беречь      |                    |
| 25. Разрешать   |                    |



XVI  
МЕТОДИКА ТАТ

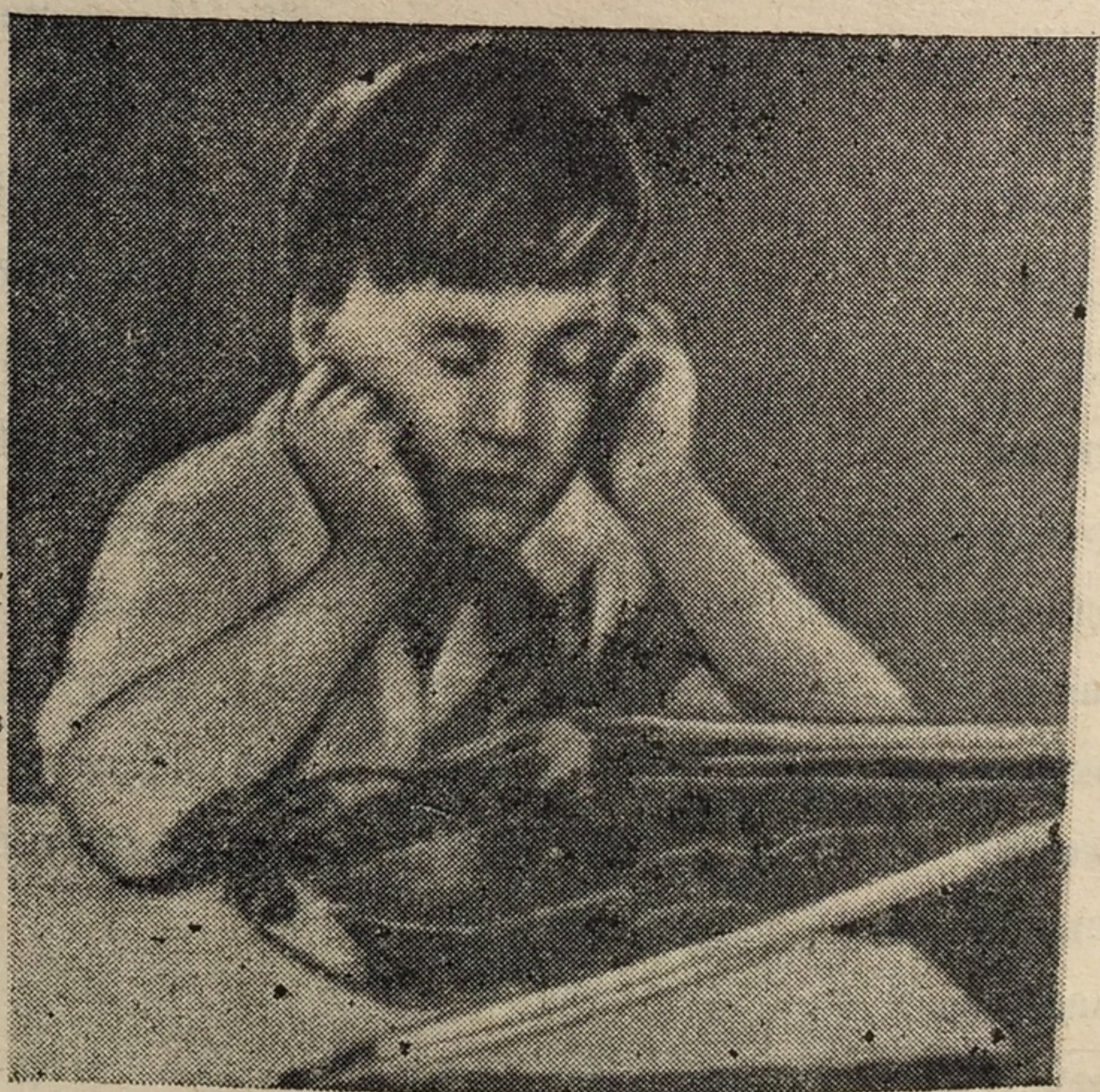


Рис. 20 и 21.  
Рисунки для исследования методикой ТАТ.



# XVII

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОГО ГНОЗИСА

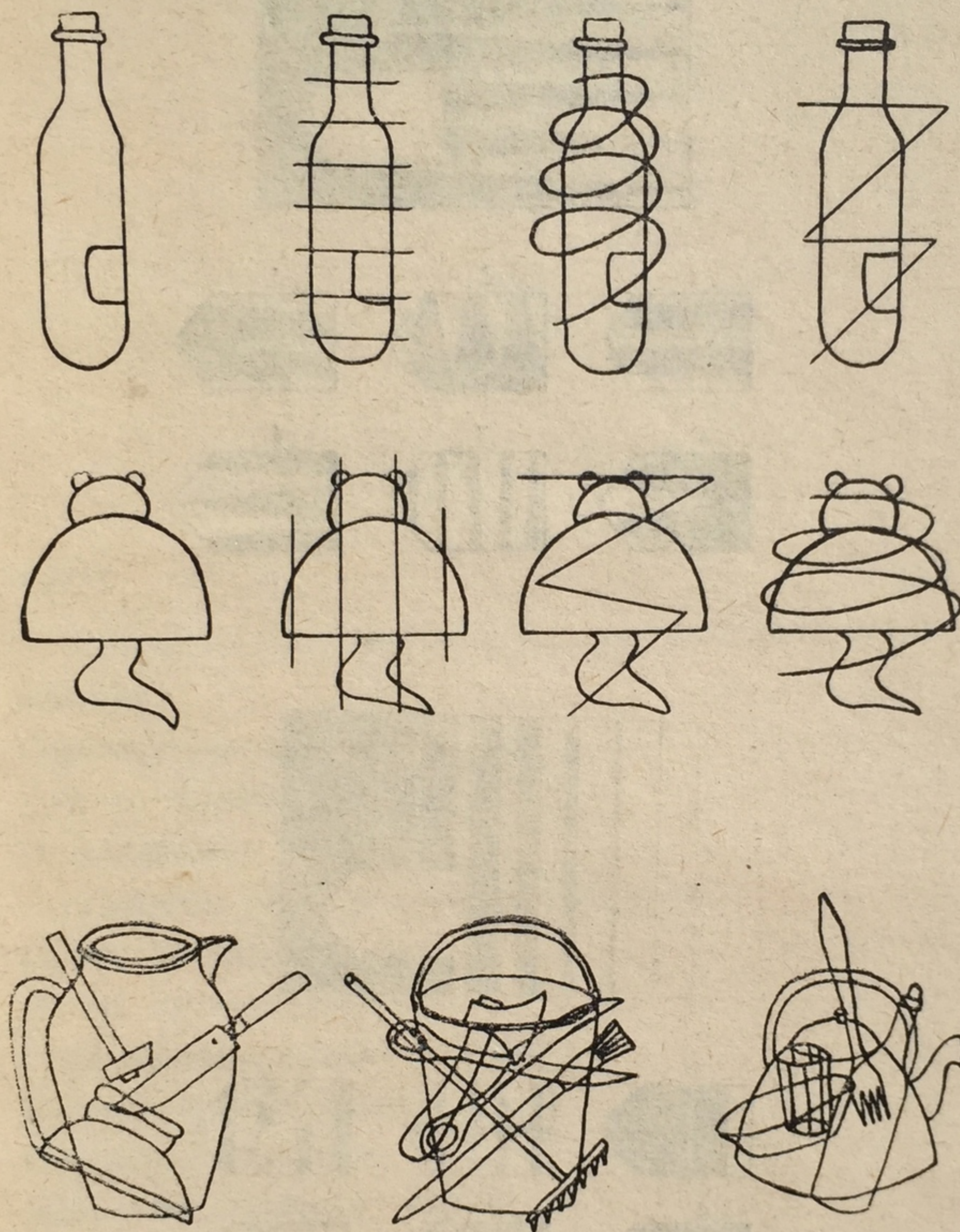


Рис. 22 и 23.  
Таблицы Поппельрейтера с перечеркнутыми и наложенными друг на друга фигурами (по А. Р. Лурия).



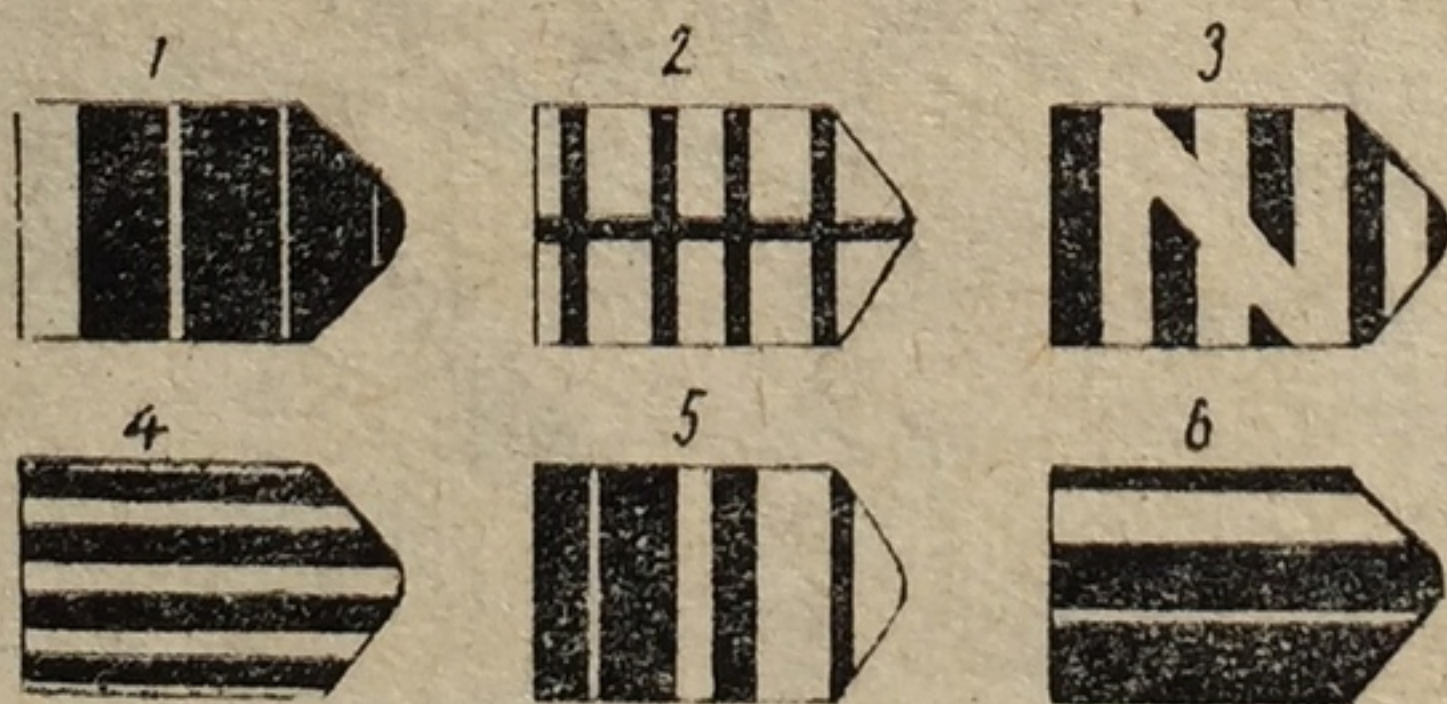
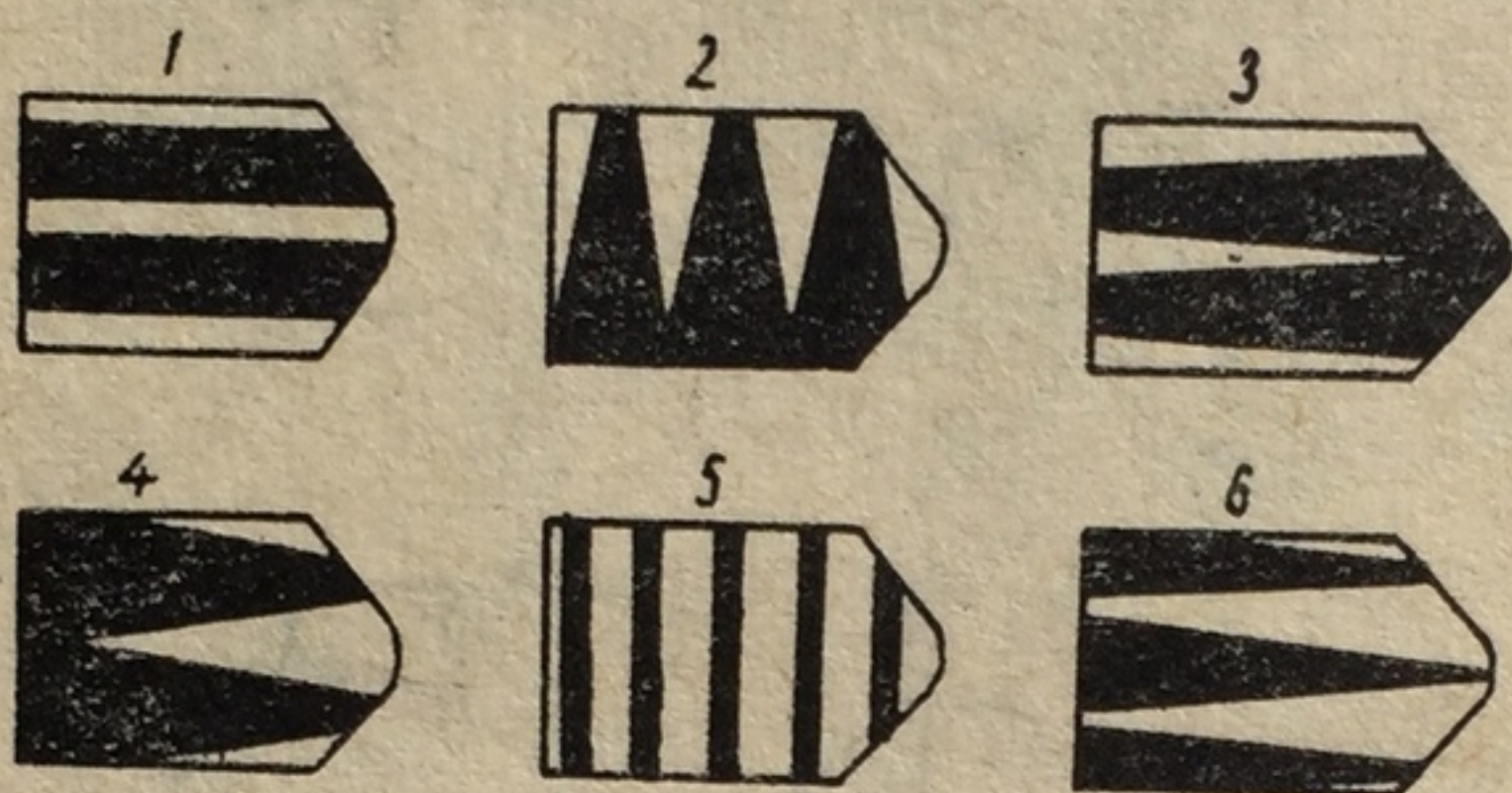
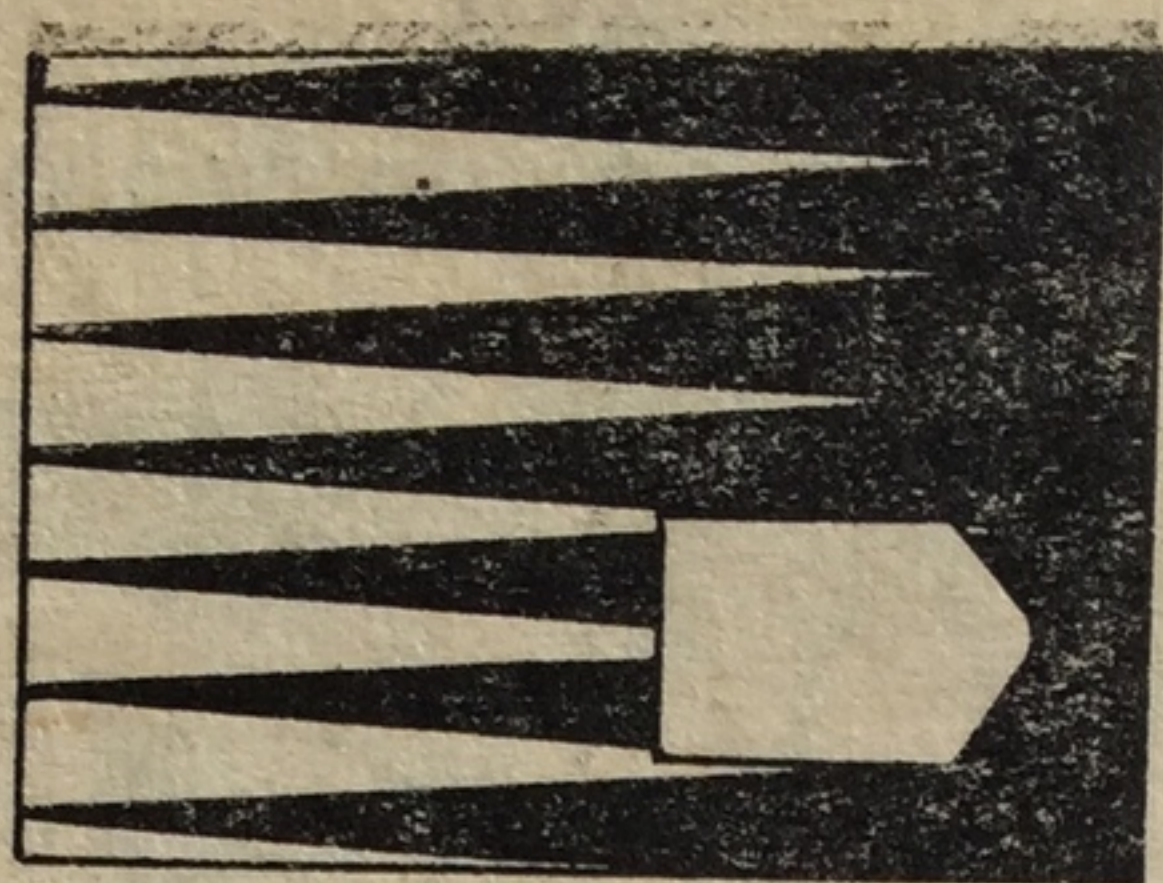


Рис. 24 и 25.  
Таблицы Равена.



## О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение . . . . .	3
Глава I. Методики экспериментально-психологического исследования . . . . .	16
Корректирующая проба . . . . .	16
Счет по Крепелину . . . . .	17
Отсчитывание . . . . .	17
Отыскивание чисел по таблицам Шульте . . . . .	18
Пробы на переключение . . . . .	19
Пробы на запоминание . . . . .	22
Складывание картинок из отрезков . . . . .	25
Буквенный эксперимент . . . . .	25
Понимание рассказов . . . . .	26
Понимание сюжетных картин . . . . .	27
Установление последовательности событий . . . . .	28
Классификация . . . . .	30
Исключение . . . . .	31
Выделение существенных признаков . . . . .	33
Образование аналогий . . . . .	34
Выделение закономерностей . . . . .	36
Определение и сравнение понятий . . . . .	37
Формирование искусственных понятий . . . . .	39
Понимание переносного смысла пословиц и метафор . . . . .	41
Называние 50 слов . . . . .	43



Пиктограммы . . . . .	44
Словесный эксперимент . . . . .	45
Подбор слов-антонимов . . . . .	47
Исследование уровня притязаний . . . . .	48
Исследование речи . . . . .	50
Исследование оптического гнозиса . . . . .	56
Исследование праксиса . . . . .	57
Глава II. Экспериментально-психологические исследования при	
некоторых психических заболеваниях . . . . .	59
Шизофрения . . . . .	59
Олигофрения . . . . .	71
Эпилепсия . . . . .	79
Церебральный атеросклероз . . . . .	93
Старческое слабоумие . . . . .	106
Болезнь Альцгеймера . . . . .	115
Литература . . . . .	129
Приложение . . . . .	135

---



Доктор медицинских наук  
ВАДИМ МОИСЕЕВИЧ БЛЕЙХЕР

**Экспериментально-психологическое исследование  
психически больных**

Издательство «Медицина» УзССР, Ташкент, Навои, 30

Редактор Л. А. Авакимова  
Худ. редактор К. Б. Башаров  
Художник Ш. Булгаков  
Техредактор Б. Шамс  
Корректор С. Вайман



Р 12153. Сдано в набор 15/IV-70 г. Подписано в печать 22/VII-70 г.  
Формат  $84 \times 108^{1/32}$  бум. л. 2,75 печ. л. 5,5 уч.-изд. л. 8,72 Изд. № 603.  
Тираж 4000. Цена 74 коп. Заказ № 616.  
Типография № 4 Государственного комитета Совета Министров  
УзССР по печати, Ташкент, Радиальный проезд, 10.







74/8.

70





